Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 35. 27. August 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Eichhorst in Zürich.

Influenzabacillen bei Lungenabscess.

Von Dr. *Th. Hitzig*, Assistenzarzt.

Unter den zahlreichen Complicationen und Nachkrankheiten der Influenza ist in der Literatur auch mehrmals der Lungenabscess erwähnt. So berichtet Mosler[1]) über einen derartigen Fall, in dem es zu Perforation des Abscesses nach aussen kam, Guttmann[2]) sah 2 Fälle mit Autopsie, ferner beobachtete Fürbringer[3]) einen Fall, in welchem Pyo-Pneumothorax sich einstellte, und in dem Leyden-Guttmann'schen Sammelwerk über die Influenza-Epidemie im Winter 1889/90 erwähnt Litten 8 Fälle, über die nichts Näheres angegeben ist, und unter denen die eben genannten Fälle wohl alle inbegriffen sind. Später beschrieb Zenker[4]) einen Fall, in dem im Anschluss an Influenza sich doppelseitige fibrinöse Pleuropneumonie und Lungenabscess entwickelte und in welchem bei der Autopsie und mikroskopisch-bakteriologischen Untersuchung im Abscessherde sich nur Pneumococcen, keine Strepto- oder Staphylococcen vorfanden. Er glaubt, dass hier die Influenza durch Schwächung des Gesammtorganismus, und des Lungengewebes speciell, den Pneumococcen den Boden zur Abscessbildung vorbereitet habe. Dass wirklich die Influenza, d. h. die Influenza-Pneumonie das Lungengewebe leicht, sei es nun direct oder indirect, zur Vereiterung bringt, geht auch aus dem Aufsatz von Ribbert in dem erwähnten Sammelwerke hervor, der die Neigung zur Nekrose und Abscessbildung bei der Influenza-Pneumonie besonders betont, ebenso macht Drasche[5]) auf diese Eigenthümlichkeit der Influenza aufmerksam und erwähnt auch mehrere Fälle von Lungengangrän bei dieser Krankheit. Von E. Rhyner[6]) wurden ausser ca. 10 Fällen von Lungengangrän aus der Literatur noch 3 neue Fälle aus der Züricher Influenza-Epidemie des Jahres 1893/94 mitgetheilt.

Die Zahl der bekannten Fälle von Lungenabscess nach Influenza entspricht in Anbetracht der eben erörterten Verhältnisse jedenfalls lange nicht der Wirklichkeit, denn ausser den erkannten, aber nicht publicirten Fällen werden sicherlich eine grosse Reihe von während des Lebens nicht erkannten und nicht secirten vorgekommen sein.

Was nun bakteriologische Untersuchungen über Lungenabscess im Allgemeinen anbetrifft, so ist darüber sehr wenig bekannt. Ausser dem erwähnten Fall von Zenker ist von Th. Cohn[7]) ein bakteriologisch untersuchter Fall veröffentlicht worden, in dem der Friedländer'sche Pneumobacillus in Reincultur aus dem Sputum gezüchtet wurde und als muthmasslicher Abscesserreger angesehen wird. Ueber bakteriologische Untersuchungen bei Lungenabscess nach Influenza ist bis jetzt, soweit mir die Literatur zugänglich war, ausser dem Zenker'schen Fall nichts mitgetheilt worden und überhaupt fällt es auf, dass trotzdem in den Wintern 1893/94 und 1894/85 vielerorts die Influenza wieder epidemisch auftrat, doch in der letzten Zeit sehr wenig über die Pfeiffer'schen Influenzabacillen bekannt gegeben worden ist. Was vollends die Complicationen und Nachkrankheiten der Influenza anbetrifft, so ist darüber ausser einer jüngst erschienenen Mittheilung Nauwerck's[8]): Influenza und Encephalitis, eigentlich gar nichts Bakteriologisches zu unserer Kenntniss gelangt, und es schien mir desshalb der folgende Fall von Lungenabscess nach Influenza, bei dem die bakteriologische Untersuchung die Anwesenheit der Pfeiffer'schen Influenzabacillen ergab, als erster derartiger Befund einer Veröffentlichung werth zu sein.

Die 55jährige Hausfrau M. K. wurde am 24. IV. 1895 in die medicinische Klinik aufgenommen. Ihre beiden Eltern und mehrere Geschwister sollen an Lungenschwindsucht gestorben sein. Patientin hat als Kind Masern durchgemacht, war sonst bis im Winter 1892/1893 nie ernstlich krank. Damals lag sie einige Wochen an Influenza zu Bett. Ebenso im Winter 1893/1894. Nach einigen Wochen trat sie damals in das Cantonspital ein, wo eine Pleuritis fibrinosa diaphragmatica dextra und Laryngitis acuta constatirt wurde; nach 4 Wochen verliess sie das Spital geheilt.

Im Januar 1895, zu einer Zeit, in welcher in Zürich zahlreiche Influenzafälle vorkamen, erkrankte sie wiederum mit Reissen in den Gliedern, Schwäche, Fieber, Husten und schleimigem Auswurf. Sie lag mehrere Wochen zu Bett und fühlte sich nachher noch sehr schwach und müde, hustete auch immer noch etwas und hatte keinen Appetit. Mitte April 1895 erfolgte dann plötzlich ohne besondere Veranlassung erneute schwere Erkrankung: Es traten heftige, stechende Schmerzen in der rechten Thoraxseite auf, gleichzeitig Fieber, vermehrter Husten und schleimig-eiteriger Auswurf. Bei der Aufnahme ins Spital hochgradige Schwäche, Blässe, leichte Cyanose, Abmagerung, Temperatur 36,3. Puls 150, sehr klein und weich, Athmung beschleunigt, coupirt. Husten und reichlicher gelbbräunlicher, nicht rostfarbener, ziemlich zäher Auswurf ohne putriden Geruch. RHU. Dämpfung von der 5. Rippe an, ebenso RS. Vorne lauter Lungenschall, ebenso links überall; Athmungsgeräusch über der Dämpfung bronchial, mit reichlichen mittelgrossen klingenden Blasen. LHU. Vesiculärathmen mit einigen klanglosen feuchten Rasselgeräuschen. Stimmfremitus und Bronchophonie über der Dämpfung leicht abgeschwächt. Keine metallischen Phänomene.

Linker Ventrikel leicht dilatirt. Die 2. Töne über der Herzbasis nicht verstärkt. Leber überragt den Thoraxrand um 2-Finger Breite. Die Milz ist palpabel, Dämpfung beginnt an der 8. Rippe.

In den folgenden Tagen nahm die Dämpfung RHU. an Intensität zu, der Stimmfremitus wurde immer schwächer. In den ersten Tagen des Aufenthaltes waren leichte Fieberbewegungen aufgetreten, dann wurde und blieb die Temperatur normal. Der Puls ging ebenfalls auf 90—100 Schläge zurück, hingegen blieben Husten und Auswurf, sowie das schlechte Allgemeinbefinden bestehen. Nach ca. 14 Tagen trat im Bereich der Dämpfung vom 9. Brustwirbel an in derselben ein tympanitisch klingender, ca. handtellergrosser Bezirk auf, der sich

[1]) Deutsche med. Wochenschrift, 1890, No. 4.
[2]) Ebenda.
[3]) Ebenda.
[4]) Beitrag zur Lehre von der Abscedirung der fibrinösen Pneumonie. Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd. 50.
[5]) Drasche, Wiener klin. Wochenschrift, 1890, No. 12.
[6]) E. Rhyner, Diss. Zürich 1895. 3 Fälle von Lungengangrän nach Influenza. Münch. med. Wochenschrift, 1895, No. 9 u. 10.
[7]) Berliner klin. Wochenschrift, 1892, No.
[8]) Deutsche med. Wochenschrift, 1895, No. 25.

dann auch nach der Seite hin in den folgenden Tagen erstreckte. Entsprechend dieser Stelle hörte man amphorisches, zeitweise deutlich metallisches Athmen mit klingenden mittelgrossen Blasen, ferner zeitweise Stäbchen Plessimeter-Phänomen, dagegen niemals Succussionsgeräusch. Im Sputum fand Herr Prof. Eichhorst zu dieser Zeit bei Entnahme beliebiger Partikel elastische Fasern in alveolärer Anordnung in grosser Menge. Dieser Befund wurde bei sehr zahlreichen späteren Untersuchungen während einiger Wochen immer wieder bestätigt. Tuberkelbacillen wurden nie im Sputum nachgewiesen. Ausser den elastischen Fasern enthielt das Sputum viel Rundzellen, die mehr oder weniger stark verfettet waren, dann Alveolarepithelien und Hämatoidinkrystalle. Nie wurden Dittrich'sche Pfröpfe gefunden, das Sputum blieb absolut geruchlos. Grössere Lungenfetzen wurden stets vermisst, die grössten waren etwa stecknadelkopfgross und enthielten sehr reichlich elastische Fasern in alveolärer Anordnung und Lungenpigment. Die Menge des Sputums pro Tag betrug 100—200 ccm. Im Laufe der nächsten Wochen nahm der Anfangs sehr quälende Husten sowie der Auswurf langsam mehr und mehr ab, die Dämpfung RHU. hellte sich auf, die Tympanie und die metallischen Phänomene verschwanden. An Stelle des Bronchialathmens trat Vesiculärathmen mit immer spärlicher werdenden, klanglosen feuchten Rasselgeräuschen. Im Sputum fanden sich keine elastischen Fasern mehr, dagegen massenhafte Fettkörnchenzellen, und am 15. VII. 1895 wurde Patientin völlig geheilt, mit 10 Kilo Gewichtszunahme entlassen.

Der klinische Befund und der Verlauf der Krankheit liessen an der Diagnose Lungenabscess nicht zweifeln, der aus einer rechtsseitigen Unterlappen-Pneumonie hervorgegangen war. Anamnestisch war Influenza vorausgegangen und die Pneumonie hatte einen für die Influenza-Pneumonie ziemlich charakteristischen Verlauf genommen. Gleich beim ersten Auftreten der Abscesssymptome wurde eine eingehendere bakteriologische Untersuchung des Sputums begonnen und während der Dauer der Krankheit fortgesetzt.

Während des Zeitraumes von 5 Wochen wurde das Sputum achtmal in folgender Weise untersucht: Nach gründlicher Reinigung der Mund- und Rachenhöhle liess man die Pat. einmal in eine sterile Petri'sche Schale expectoriren, dann wurde sofort aus dem Sputumballen eine möglichst centrale Partie mit sterilen Pincetten entnommen und successive in 3 Schalen mit steriler Bouillon ausgeschüttelt. Die so gewaschene Sputumflocke wurde dann zunächst zum Theil direct mikroskopisch im Trockenpräparat untersucht, nach vorausgegangener Färbung mit verdünntem Carbolfuchsin, oder nach Gram mit Carbolfuchsinnachfärbung. Man bekam dann ziemlich spärliche Häufchen von Bacillen zu sehen, die durch ihre Kleinheit auffielen, an den Enden abgerundet waren, hie und da Diploformen, nie Ketten bildeten und keine Kapsel aufwiesen. Nach Gram wurden sie sehr leicht entfärbt, mit Carbolfuchsin färbten sie sich nur langsam.

Stellenweise wurden diese Bacillen auch einzeln liegend angetroffen; hie und da lagen sie in weissen Blutkörperchen, meistens dagegen extracellulär. Strepto- oder Staphylococcen fand man nie daneben.

Der andere Theil der ausgewaschenen Flocke wurde zur Anlegung von Culturen verwandt, und zwar wurden zunächst Agar-, Glycerinagar-, Gelatine- und Bouillon-Culturen angelegt.

Was zunächst die Bouillon-Culturen anbelangt, so blieb die Bouillon meist steril, auch nach 48stündigem Verweilen im Brutschrank. Bei einer Untersuchung trübte sich die Bouillon leicht nach 24 Stunden, die mikroskopische Untersuchung ergab ziemlich grosse, plumpe, an den Enden abgerundete Bacillen; auf Agar bildeten dieselben grosse, weisslichgraue, saftige Colonien. Da dieser Befund nur einmal erhoben wurde und aus andern, unten anzuführenden, Gründen, wurden diese Colonien als zufällige Beimengungen einer näheren Untersuchung nicht unterzogen.

Die Gelatine-Petri-Schalen blieben immer vollständig steril.

Die Agar- und Glycerinagar-Culturen zeigten nach 24stündigem Verweilen im Brutschrank bei 38° C. ein sehr spärliches Wachsthum von einzelnen, sehr kleinen, fast nur mit der Loupe sichtbaren glashellen Colonien, die in einigen Culturen vollständig rein sich vorfanden, in anderen fand sich hie und da eine vereinzelte Colonie der oben erwähnten Art. Einige Agarröhrchen blieben vollständig steril. Die kleinen transparenten Colonien zeigten bei mikroskopischer Untersuchung auffallend kleine, kurze Stäbchen mit abgerundeten Ecken, die sich nach Gram leicht entfärbten und auch sonst völlig gleiches Verhalten wie die im Sputum direct gesehenen kleinen Bacillen zeigten. Unter den zahlreichen mikroskopisch untersuchten Colonien fanden sich niemals Staphylo- oder Streptococcen.

Eine Weiterzüchtung dieser Bacillen auf Agar, Glycerinagar, Gelatine oder Bouillon gelang nicht, so oft sie auch versucht wurde, dagegen wuchsen dieselben sehr gut weiter und entwickelten sich viel üppiger, wenn man sie auf mit Menschenblut bestrichenen Agar brachte, den man vorher im Brutschrank auf seine Sterilität geprüft hatte. Es wuchsen dann im Verlaufe von 24 Stunden dicht stehende thautropfenartige, um weniges grössere Colonien als die ursprünglichen. Dieselben zeigten mikroskopisch die nämlichen Bacillen. Eine Weiterzüchtung auf Blutagar gelang immer in beliebigen Generationen, niemals dagegen eine Umzüchtung von da aus auf die gewöhnlichen Nährböden.

Bei den nächsten Sputum-Abimpfungen brachten wir jeweilen die ausgewaschene Sputumflocke direct auf Blutagar und es entwickelten sich dann schon in der ersten Cultur ziemlich reichlich die erwähnten Colonien, meistens ganz oder so gut wie ganz in Reincultur; die mikroskopische Untersuchung, sowie das Verhalten bei Uebertragung auf andere Nährböden ergaben das nämliche Resultat wie oben.

Da wir bei unseren Bacillen regelmässig die Hauptmerkmale der Pfeiffer'schen Influenzabacillen[9]) vorfanden, also die exclusive Wachsthumsfähigkeit auf hämoglobinhaltigen Nährböden[10]), die Transparenz und Kleinheit der Colonien, die Kleinheit der Bacillen, ihre Form, ihre färberischen Eigenschaften, den Mangel einer Kapsel, so schickten wir, um der Diagnose sicher zu sein, zwei frische Blut-Agarculturen mit entsprechenden mikroskopischen Präparaten an Herrn Prof. Pfeiffer nach Berlin und erhielten von Herrn Dr. Kolle, Assistenten am Institut für Infectionskrankheiten, der in Abwesenheit von Herrn Prof. Pfeiffer die Controluntersuchung vorgenommen hatte, die Antwort, dass er die Culturen und Präparate nach allen Richtungen untersucht und als echte Influenzaculturen befunden habe. Ich benutze die Gelegenheit, an dieser Stelle Herrn Dr. Kolle für seine freundliche Bereitwilligkeit meinen besten Dank auszusprechen.

Nachdem die physikalischen Zeichen des Abscesses verschwunden waren und im Sputum sich keine elastischen Fasern mehr vorfanden, wurde nochmals in der nämlichen Weise eine Verimpfung von Sputum auf Blutagar vorgenommen. Die Mehrzahl der Agarröhrchen blieb steril, auf einem entwickelten sich ganz spärliche opake, gelblichweisse Colonien, die nach 20 Stunden schon ca. $^1/_2$ mm Durchmesser besassen, von transparenten kleinen Colonien war keine Spur mehr zu finden.

Wir haben also einen klinisch sichergestellten Fall von Lungenabscess vor uns, der sich aus einer Pneumonie entwickelte und zwar aus einer Pneumonie, die zur Zeit einer Influenzaepidemie auftrat und die den Charakter der Influenzapneumonie unverkennbar an sich trug. Diese charakteristischen Zeichen sind[11]): der nicht eigentlich rostfarbene Auswurf, der unregelmässige Fiebertypus, die lytische Entfieberung, die verlängerte Resolution, die von Ribbert[12]) hervorgehobene Neigung zur Nekrose und Abscessbildung. Ueber die Art der

[9]) Vergl. darüber: Pfeiffer, Die Aetiologie der Influenza. Zeitschrift für Hygiene, 1893, Bd. 13.

[10]) Es stimmte allerdings in unserem Falle mit den Angaben von Pfeiffer der Umstand scheinbar nicht, dass trotz Auswaschung des Sputums auf gewöhnlichem Agar, wenn auch nur spärliche, Colonien angingen, doch hatten wir ja nicht eine vollständige Auswaschung des Sputums nach Kitasato vorgenommen, sondern erstens Bouillon anstatt Wasser benutzt und dann anstatt in 10 nur in 3 Schalen ausgewaschen, so dass wir wohl immer noch eine gewisse kleine Menge Hämoglobin mit dem Sputum verimpften.

[11]) Vergl. Wassermann, Deutsche med. Wochenschrift, 1893, No. 47.

[12]) l. c.

Entfieberung können wir allerdings bei unserer Kranken nicht viel aussagen, da sie schon am 3. Tage des Spitalaufenthaltes fieberfrei war, dagegen stimmen die anderen Zeichen alle mit dem Krankheitsverlauf in unserem Falle überein, so dass an der klinischen Auffassung des Falles als eines aus Influenzapneumonie hervorgegangenen Lungenabscesses wohl nicht zu zweifeln ist. Wie soll aber der bakteriologische Befund aufgefasst werden?

Bekanntlich wird der Pfeiffer'sche Influenzabacillus von allen denen, die ihn überhaupt als den Erreger der Influenza bezeichnen, auch als Erreger der Influenzapneumonie aufgefasst, und es fragt sich, ob man ihm dann nicht auch die Fähigkeit zuschreiben soll, eine Abscessbildung zu veranlassen. Für diese Auffassung spricht, was unseren Fall anbetrifft, das gänzliche Fehlen von Streptococcen, Staphylococcen und Kapsel-Diplococcen, sowohl bei der directen Sputumuntersuchung, als auch in den Culturen; der einzige constante und beinahe ausschliessliche Befund waren die Pfeiffer'schen Influenzabacillen; damit ist ja allerdings bei dem Mangel eines anatomischen Befundes und in Anbetracht der Sonderstellung, die unser bakteriologischer Befund vorläufig noch einnimmt, lange nicht bewiesen, dass der Influenzabacillus hier wirklich als Krankheitserreger angesehen werden muss.

Aus der chirurgischen Klinik zu München.

Ueber einen geheilten Fall von Stichverletzung des Zwerchfells.

Von Dr. *Alfred Schönwerth*, Assistenzarzt.

Zwerchfellverletzungen, welche zu operativer Behandlung kommen, gehören verhältnissmässig noch immer zu den Seltenheiten; aus diesem Grunde dürfte der folgende, an der Münchener chirurgischen Klinik beobachtete Fall nicht ohne Interesse sein.

Der 24jährige Schlossergehilfe De Cr. erhielt am 6. Januar 1895 um 2 Uhr Nachmittags gelegentlich einer Rauferei einen Messerstich in die linke Seite. Anfangs merkte er die Verwundung überhaupt nicht; erst als ihn das herabfliessende Blut darauf aufmerksam machte, begab er sich zu einem Arzte; zu diesem Behufe musste er eine Viertelstunde lang zu Fuss gehen, ohne dabei besondere Beschwerden zu fühlen. Mit einem Nothverbande versehen, wurde der Verletzte um 5 Uhr Nachmittags, also 3 Stunden nach stattgehabter Verwundung, in die Klinik verbracht.

Die Untersuchung ergab folgendes Resultat:

Patient befindet sich in angetrunkenem Zustande; seine Angaben sind desshalb nicht zuverlässig, doch klagt er constant über Schmerzen an der linken Brustseite, ebenso hartnäckig weigert er sich, die Rückenlage einzunehmen, weil dabei „Athembeschwerden einträten".

Ein collapsartiger Zustand besteht nicht; zwar ist das Gesicht sehr blass, aber der Puls fühlt sich kräftig an, 84 Schläge in der Minute; auch macht Patient beim Versuche, ihn zu entkleiden, kräftige Abwehrbewegungen. Die Respiration zeigt bei oberflächlicher Beobachtung keine auffallende Veränderung.

An der linken Thoraxseite, zwischen 9. und 10. Rippe, in der hinteren Axillarlinie, findet sich eine 3 cm lange, quer verlaufende, wenig blutende Wunde mit scharfen Rändern, dieselbe ist völlig verschlossen durch ein prolabirendes etwa 8 cm langes Stück Netz, welches keinerlei Spuren von Verletzung zeigt.

Das Abdomen ist nicht meteoristisch aufgetrieben und weist nirgends gedämpfte Partien auf; in der Magengegend herrscht mässige Druckempfindlichkeit.

Die Untersuchung der Brusteingeweide kann wegen der grossen Unruhe des Patienten nur flüchtig vorgenommen werden; doch ergibt die Percussion über der linken Lunge tympanitischen Schall, die Herzdämpfung ist verschwunden, das Athmungsgeräusch nahezu völlig aufgehoben. Es besteht also linksseitiger Pneumothorax.

Die Diagnose war im vorliegenden Falle mit keinerlei besonderen Schwierigkeiten verknüpft. Nachdem aus der Wunde ein Stück Netz herausragte, musste die Bauchhöhle eröffnet sein; da gleichzeitig auch Pneumothorax bestand, war die Pleura ebenfalls verletzt. Das Messer hatte also von einer äusseren Wunde aus beide Körperhöhlen angestochen, eine Complication, die nur unter gleichzeitiger Perforation des Zwerchfells möglich ist. Der Stich musste also von der Seite her den Pleuraraum in seiner untersten Partie, darauf das Zwerchfell und endlich noch dessen peritonealen Ueberzug getroffen haben. Nach erfolgter Verwundung wurde zugleich mit dem Messer auch ein Stück Netz herausgezogen, welches denselben Weg wie das verletzende Instrument zu nehmen hatte, um schliesslich die äussere Wunde tamponartig verschliessen zu können. Der letztere Umstand, nämlich der feste Verschluss der Wunde, erklärt auch das Fehlen des zischenden Geräusches, mit welchem für gewöhnlich bei Pneumothorax die Luft aus- und einstreicht.

Eine weitere Frage, die hier noch in Betracht kam, war die, ob auch die Lunge verletzt worden war. In diesem Falle hätte zunächst ein durch Percussion nachweisbarer Hämothorax vorhanden sein müssen. Eine genaue Diagnose in diesem Sinne war nicht möglich, da von einer exacten, physikalischen Untersuchung unter den obwaltenden Umständen nicht die Rede sein konnte. Doch war es, ganz abgesehen von dem Fehlen eines blutigen Auswurfs durchaus nicht absolut nöthig, an eine Verwundung der Lunge zu denken. Man stelle sich nur die anatomischen Verhältnisse dieser Gegend vor! Die untere Lungengrenze entspricht in der Axillarlinie dem unteren Rande der 7. Rippe, die Pleura dagegen reicht hier bis unter die 9. Rippe; dazwischen liegt der als Complementärraum dienende Sinus phrenico costalis. War also das Messer im unteren Theile des Sinus eingedrungen, so konnte die Lunge selbst bei tiefster Inspiration nicht mehr getroffen werden; hatte die Perforation dagegen weiter nach oben zu stattgefunden, so konnte die Lunge nur mehr in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn sie sich im Momente der Verletzung in Inspirationsstellung befand.

Nach den an der hiesigen Klinik herrschenden Grundsätzen wird bei jeder penetrirenden Bauchwunde die Laparotomie vorgenommen, so auch hier. Da man aber, der Richtung des Stichcanals nach zu urtheilen, mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Verletzung des Magens oder eines in der Nähe desselben gelegenen Organes annehmen musste, so wurde beschlossen, nicht wie gewöhnlich in der Linea alba, sondern parallel zum linken Rippenbogen zu incidiren. Nach sorgfältiger Desinfection der Bauchdecken und Einleitung der Aethernarkose wurde zunächst das prolabirte Stück Netz in seiner gegenwärtigen Lagerung durch einen angehängten Schieber fixirt; denn nachdem dasselbe schon längere Zeit ausserhalb der Bauchhöhle gelegen und mit den Kleidern des Patienten in Berührung gekommen war, konnte ein allenfallsiges Zurückgleiten desselben in die Bauchhöhle nicht erwünscht sein.

Hierauf wurde einen Querfinger unterhalb des linken Rippenbogens die Haut in einer Ausdehnung von 20 cm incidirt, die Bauchmusculatur schichtenweise durchtrennt und nach sorgfältiger Blutstillung das Peritoneum breit eröffnet. Nachdem die Wundränder mit Haken auseinandergezogen waren, zeigte sich folgendes Bild: Den grössten Theil des Gesichtsfeldes nimmt das Omentum majus ein, nach oben befindet sich der untere Rand des Magens, nach rechts zu ein Theil des linken Leberlappens, links seitlich lagern Dünndarmschlingen. Magen und Darm sind mässig gefüllt; nirgends ist ein Blutgerinnsel sichtbar, das auf den Sitz einer Verletzung schliessen lässt. — Nichtsdestoweniger begann man mit der systematischen Absuchung des Darms. In demselben Momente jedoch, wo die vorliegenden Dünndarmschlingen zu diesem Behufe aus der Bauchhöhle herausgezogen wurden, liess sich plötzlich das laute, zischende Geräusch vernehmen, welches in so charakteristischer Weise das Entstehen eines Pneumothorax zu begleiten pflegt. Bei genauerem Zusehen fand sich nun, vom Omentum majus abzweigend, ein Stück Netz, welches nach oben, aussen und links gegen das Zwerchfell hinzog und in einer Lücke desselben verschwand; bei Zug an demselben theilte sich die Bewegung auch dem prolabirten Netze mit. Offenbar war durch das Herauspacken der Därme die Einkeilung des Netzes in die Zwerchfelllücke gelockert worden, so dass jetzt die Luft durch die Laparotomiewunde in die Pleurahöhle eindringen konnte. Nach Resection des prolabirten Stück Netzes liess sich der Rest ohne Mühe durch Zug von der Bauchhöhle her reponiren. Die Zwerchfellwunde selbst wurde jetzt sehr deutlich in der Weise zur Anschauung gebracht, dass ein Assistent mit der flachen Hand die Eingeweide nach abwärts drückte, während ein zweiter den linken Rippenbogen fasste und kräftig nach auswärts zog. Dadurch wurde das Zwerchfell abgeflacht und zugleich auch mehr gegen die Laparotomiewunde zu gedrängt. Die Wunde hatte ihren Sitz etwa eine Hand breit vom Ansatze des Zwerchfells entfernt, war ungefähr 4 cm lang, glattrandig und von vorne nach hinten verlaufend, bei der Inspiration weitklaffend, bei der Exspiration sich schliessend. Es gelang ohne besondere Mühe, mit Nadelhalter und stark gekrümmten Nadeln diese Lücke zu schliessen, wozu fünf durch Serosa und Muscularis gelegte Suturen genügten; nachdem auch die äussere Wunde vernäht war, hörte das zischende Geräusch beim Athmen sofort aus. — Nach kurzer Revision der Baucheingeweide, wobei keine weitere Verletzung mehr zu entdecken war, wurde das Peritoneum fortlaufend mit Catgut, die Bauchdecke mit Etagennaht geschlossen. Ein einfacher Collodiumverband bildete den Schluss der Operation, die etwas mehr als 30 Minuten gedauert hatte. (Operateur Privatdocent Dr. Ziegler.)

Etwa eine halbe Stunde nach der Operation erfolgte mit einer kurzen Zwischenpause zweimaliges sanguinolentes Erbrechen. Die Quelle der Blutung konnte eine zweifache sein; man musste an eine Verletzung der Lunge denken, wobei das ergossene Blut zunächst verschluckt worden war, dann aber auch an eine übersehene Verletzung irgend eines Bauchorgans, z. B. des Magens. Gerade die hintere Wand des Magens ist sehr schwer für Untersuchungen zugänglich zu machen; wie leicht konnte sich hier eine Wunde der Beobachtung entzogen haben! Eine sichere Entscheidung dieser Frage war absolut unmöglich. Man begnügte sich desshalb zunächst mit genauer Beobachtung und Verordnung einer strengen Diät. Der weitere Verlauf rechtfertigte auch vollständig dieses Verfahren, die

Blutung kehrte nicht wieder und die Wundheilung vollzog sich mit Ausnahme einer leichten Stichcanaleiterung ohne jede Störung. Die höchste beobachtete Temperatur überstieg nicht 38°.

Am 31. I., also 25 Tage nach der Verletzung, konnte Patient mit einer gut sitzenden Leibbinde als geheilt entlassen werden. Bauch- und Brustorgane functionirten vollständig normal.

Ueber einen ebenfalls operativ behandelten Fall von Zwerchfellverletzung berichtet Frey[1]). Es handelte sich um einen Säbelhieb, der auf der rechten Thoraxseite eine 24 cm lange Schnittwunde gesetzt hatte; dadurch war die Pleura eröffnet worden und der untere Lungenflügel prolabirte bei jeder Inspiration im rückwärtigen Theile der Wunde; im vorderen Bereiche derselben lag das Zwerchfell vor. Dasselbe war in einer Ausdehnung von 11 cm durchhauen und drängte sich mit seiner medialen Schnittfläche bei den respiratorischen Bewegungen in die Wunde.

Die Verhältnisse lagen in diesem Falle bedeutend einfacher als in dem oben beschriebenen. Durch die breite Eröffnung des Pleuraraumes war es ohne Weiteres möglich, die Verhältnisse klar zu übersehen und das Zwerchfell zu erreichen. Es wurde zunächst der mediane Schnittrand des Zwerchfells an den unteren Rand der 8. Rippe genäht und dadurch der Pleuraraum völlig abgeschlossen. Der in den Bauchraum führende Spalt wurde einfach mit Jodoformgaze tamponirt, da der periphere Zwerchfellrand sich stark retrahirt hatte. — Die Wunde heilte reactionslos, so dass der Patient schon nach 13 Tagen das Krankenhaus geheilt verlassen konnte.

In dem eben erwähnten Aufsatze von Frey findet sich eine Statistik über 33 Stichverletzungen des Zwerchfells; hievon wurden 4 geheilt, 29 starben. Die Todesursache war 21 mal Incarceration der Baucheingeweide, 1 mal entweder Blutung oder Incarceration, 5 mal Erguss des Inhalts des verletzten Magens oder Darms in den Pleura-, Pericardial- oder Bauchraum, 2 mal Empyem.

Wie aus diesen Angaben hervorgeht, ist der Exitus letalis bedingt durch Nebenverletzungen oder durch Incarceration von Baucheingeweiden. Die letzteren zeigen bei Zwerchfellverletzungen ein verschiedenes Verhalten. In manchen Fällen dringen sie sehr rasch in die Brusthöhle ein, werden dort eingeklemmt und können durch Peritonitis oder Pleuritis die Ursache eines raschen Todes sein.

In anderen Fällen bildet sich häufig ohne jede entzündliche Erscheinung eine Zwerchfellshernie aus. Dabei ist es geradezu erstaunlich, wie Leute Jahre hindurch ohne besondere Beschwerden die Dislocation eines grossen Theiles ihrer Baucheingeweide in den Pleuraraum ertragen; doch besteht fortwährend die Gefahr einer plötzlichen Einklemmung.

In einer dritten Reihe von Fällen bildet sich der Prolaps überhaupt nicht im Anschlusse an die Verletzung, sondern erst viel später aus. Popp gibt hiefür folgende Erklärung: Leber oder Milz können sich vor die Oeffnung lagern und so die Verbindung zwischen beiden Körperhöhlen zum Verschlusse bringen. Die Ränder der Wunde vernarben, ohne sich aneinander zu legen. Allmählich dehnen sich aber die Adhäsionen zwischen Zwerchfell-Lücke und dem betreffenden Organe, die Verbindung ist wieder hergestellt und jetzt kann jederzeit ein Prolaps der Baucheingeweide mit all seinen Folgen entstehen. Es droht also bei Zwerchfellverletzungen eine doppelte Gefahr: Nebenverletzung anderer Organe — Prolaps und Incarceration der Baucheingeweide. Damit ist auch der Weg für unser operatives Eingreifen vorgezeichnet: die Zwerchfellwunde ist freizulegen und nach Reposition prolabirter Eingeweide durch die Naht zu schliessen; nebenbei verletzte Bauchorgane sind sorgfältig aufzusuchen und nach den für den einzelnen Fall giltigen Regeln zu behandeln.

Zu diesem Zwecke sucht man sich das Zwerchfell im Allgemeinen von der Brusthöhle her durch Thoracotomie zugänglich zu machen. Natürlich kommt es hiebei stets auf den Sitz der Verwundung an. Befindet sich letztere vorne und in der Nähe der Thoraxwand, so kann unter Umständen die einfache Erweiterung der Wunde ausreichend sein, um den ganzen Schaden zu übersehen und demgemäss zu handeln.

In anderen Fällen wird man mit diesem einfachen Verfahren nicht auskommen. Desshalb hat Horoch vorgeschlagen, unterhalb der Wunde eine oder mehrere Rippen zu reseciren und so Raum zu schaffen; man ist dann im Stande nach Erweiterung der Zwerchfellwunde mit der Hand in die Bauchhöhle einzugehen, allenfallsig verletzte Organe hervorzuziehen und so der operativen Behandlung zugänglich zu machen. Diese Methode führte mit sehr gutem Erfolg Ninni[2]) aus bei einer Stichverletzung, welche den 7. Intercostalraum in der vorderen Axillarlinie durchsetzt hatte. Nach Resection eines 10 cm langen Stückes der 8. Rippe wurde die 2,5 cm lange Zwerchfellwunde dilatirt und von hier aus eine Magenverletzung genäht.

Bedeutend eingreifender ist das Verfahren nach Postempsky, welcher einen viereckigen Hautmuskelknochenlappen bildet. Er legt über den Thorax zwei parallel verlaufende Vertical-Incisionen an und verbindet ihre unteren Enden mit einem Querschnitt. Im Bereiche der senkrechten Schnitte werden die Rippen doppelt durchsägt, worauf man das ganze circumcidirte Stück wie ein Thor aufklappen kann. — In ähnlicher Weise ging Parlavecchio[3]) bei einer Stichwunde im 8. Intercostalraum zu Werke. Nach Bildung eines Thoraxlappens mit oberer Basis und doppelter Durchsägung der 6., 7., 8. und 9. Rippe fand er an der Zwerchfellkuppe eine Wunde. Von dieser aus tastete er die Baucheingeweide ab, ohne eine weitere Verletzung zu constatiren. Desshalb Naht des Zwerchfells in 2 Schichten.

Gegen diese Postempsky'sche Methode machte Rydygier[4]) verschiedene Einwände geltend. Zunächst den, dass bei diesem Verfahren eine Verletzung des Zwerchfells an seinem Ansatze nicht ausgeschlossen sei, wenn man den Querschnitt zu weit nach unten anlege; weiterhin weist er auf die Schwächung der Thoraxwand durch die doppelte Rippentrennung hin.

Diese Nachtheile sucht Rydygier durch ein von ihm selbst angegebenes Operationsverfahren zu vermeiden. An den Rippenknorpeln beginnend legt derselbe im 4. oder 5. Intercostalraum einen 12 cm langen Schnitt an, von dessen hinterem Ende aus durch 3—4 Intercostalräume eine Vertical-Incision verläuft. Die von letzterer getroffenen Rippen werden durchsägt und der so entstandene, aus Haut, Muskeln und Knochen bestehende Lappen kann in seiner Knorpelverbindung nach unten und innen umgebogen werden.

Nachdem in unserem Falle die Laparotomie ein sehr befriedigendes Resultat erzielte, könnte man die Frage aufwerfen, ob bei der operativen Behandlung der Zwerchfellverletzung der Bauchschnitt nicht überhaupt der Thoracotomie vorzuziehen sei. Rydygier spricht sich unbedingt für die letztere aus und zwar aus folgenden Gründen:

1) Die äussere Wunde hat meistens schon die Pleura eröffnet.

2) Von der Brusthöhle aus kann das Zwerchfell leichter erreicht und eine etwaige Wunde desselben besser genäht werden.

3) Die breite Eröffnung der Pleura hebt den negativen Druck im Pleuraraum auf, welcher einer Reposition von prolabirten Eingeweiden von der Bauchhöhle aus sehr hinderlich ist. Hier führt Rydygier den Fall von Naumann an, der wegen einer eingeklemmten Zwerchfellhernie die Laparotomie machte, aber trotz Dilatation der Zwerchfell-Lücke nicht im Stande war, die Eingeweide aus der Brusthöhle herauszuziehen. Am Sectionstische gelang dies nach Eröffnung des Zwischenrippenraums ohne Mühe.

Dieser letztere Einwand hat nur für die Minderzahl der Zwerchfell-Verletzungen Geltung; meistens sind dieselben mit Pneumothorax complicirt, wesshalb in der Brusthöhle überhaupt kein negativer Druck zu überwinden ist.

---

[1]) v. Frey, Zur Casuistik der Zwerchfellverletzungen. Wiener klinische Wochenschrift 1893.

[2]) Ninni, Tre casi di ferite del diaframma. Ref. Centralblatt für Chirurgie 1894.

[3]) Parlavecchio, Contributo alla chirurgia del diaframma. Ref. Centralblatt für Chirurgie 1893.

[4]) Rydygier, Zur operativen Behandlung der Zwerchfellverletzungen. Wiener klinische Wochenschrift 1892.

Im Gegensatze zu den Vorzügen der Thoracotomie betont Rydygier die Schwierigkeit, von der Bauchincision aus die hochgewölbte Zwerchfellkuppel zu erreichen und hier eine Naht anzulegen.

Aus diesen Gründen will er die Laparotomie auf jene Fälle beschränkt wissen, bei denen die Verletzung des Zwerchfells von unten her durch die Bauchhöhle stattgefunden hat, dagegen ist sie im Anschlusse an die Thoracotomie auszuführen, wenn gleichzeitig auch Verletzungen innerer Organe bestehen.

Im vorliegenden Falle war die Laparotomie jedenfalls eine völlig zweckentsprechende Operation. Einerseits ermöglichte dieselbe, ohne Mühe die Zwerchfellwunde zu erreichen und zu vernähen, andererseits verschaffte sie einen klaren Ueberblick über die Baucheingeweide, deren Verletzung ja sehr wahrscheinlich schien.

Zum Schlusse erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Professor Dr. Angerer, für die gütige Ueberlassung des Falles meinen besten Dank auszusprechen.

Aus der Dr. Merkel'schen Frauenklinik in Nürnberg.

Ueber Vaginofixation des Uterus.

Von Dr. *Friedrich Merkel.*

Die an dem Material unserer seit 1878 bestehenden Klinik angestellten Berechnungen haben ergeben, dass die auf's Sorgfältigste durchgeführte Pessarbehandlung der Retroflexio uteri analog den Berechnungen Sänger's einen Procentsatz von 15—20 Proc. ungeheilter, orthopädischer (Ring, Massage etc.) Behandlung nicht mehr zugänglicher Fälle ergibt. Angesichts der Fortschritte, welche die operative Behandlung dieser Lageveränderungen in den letzten Jahren gemacht hat, konnten wir wohl berechtigt sein, geeignete, sonst ungeheilte Fälle einem operativen Eingriff — Ventrofixation oder Vaginofixation — zu unterwerfen.

Gelegentlich meines vorjährigen Aufenthaltes in Berlin konnte ich mich, Dank der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Dührssen von den Vortheilen seiner Methode überzeugen und brachte dieselbe bei 10 geeigneten Fällen seitdem in Anwendung.

Die von mir operirten Fälle sind folgende:

1) Frau T. aus M.; 5 Entbindungen; leidet seit 6 Jahren an Prolaps des Uterus mit Retroflexio. Pessare halten nicht.
19. VIII. 94. Vaginofixation, Kolporrhaphia ant., posterior; Dammplastik. Glatte Heilung.
Am 17. V. 95 Uterus antevertirt, etwas nach rechts verzogen. Die Frau versieht seitdem ihren Beruf (Holzhacken) ohne Beschwerden.

2) Frau P. aus N., 37 Jahre alt, 4 Entbindungen. Retroflexio uteri, seit 2 Jahren in Behandlung. Uterus sehr beweglich, legt sich stets auf den oberen Bügel, fortwährend entstehen Druckgeschwüre, Blutungen.
10. X. 94. Vaginofixation, glatte Heilung.
31. V. 95. Uterus vorzüglich anteflectirt.

3) Frau K. aus K., 32 Jahre alt, I para, Landhebamme; Retroflexio uteri, starker Fluor, starke Blutungen. Wegen Unmöglichkeit, sich einer Pessarbehandlung zu unterziehen, am 5. I. 95 Abrasio mucosae, Vaginofixatio.
6. VII 95 auf briefliche Anfrage: keine Beschwerden, kein Fluor, Menses 4wöchentlich, 2tägig; persönliche Vorstellung zur Zeit nicht möglich.

4) Frau G. aus S., 34 Jahre alt, V para; Menses alle 3 Wochen 8 Tage lang, heftige Kreuzschmerzen, Retroflexio uteri fixata; Pessarien halten den Uterus nicht, auch nach Dehnung der Adhäsionen. Seit 8. II. 94 in erfolgloser Behandlung.
17. I. 95. Vaginofixation, Adhäsionen völlig gelöst, Abrasio mucosae.
3. VII. 95 Uterus gut anteflectirt; Menses Anfangs stark, jetzt alle 4 Wochen 2 Tage lang.

5) Frau B., Bauersfrau aus H.; seit VII. 94 in Behandlung wegen Retroflexio uteri cum descensu; Rupt. cervic. Narbe im rechten Parametrium. Trotz verschiedenster Pessare und Massage Uterus stets hinten rechts im Douglas.
22. I. 95. Naht des Cervixrisses, Vaginofixatio.
9. IV. 95. Gut geheilt, normale Lage des Uterus.

6) Frau B. aus F., Büglerin, 36 Jahre alt, leidet an Kreuzschmerzen, Stechen im Leib, starker Fluor. Retroflexio uteri; durch 5monatliche Pessarbehandlung keine Besserung. Uterus stets steil auf dem Bügel.
26. II. 95. Abrasio mucosae, Vaginofixatio. Glatter Verlauf.
20. V. 95. Uteruslage normal, Frau frei von allen Beschwerden.

7) Inspectorsfrau B. aus B., seit 2 Jahren wegen Retroflexio in Behandlung; Ringe nüffeln im hinteren Scheidengewölbe oder der Uterus hält nicht.
17. V. 95. Abrasio mucosae, Vaginofixatio.
11. VII. 95. Lage gut, Narbe fest.

8) Frau L. P. aus P., Retroflexio uteri; 8jährige Pessarbehandlung ohne Erfolg.
6. VII. 95. Abrasio mucosae, Vaginofixatio; glatte Heilung.

9) Frau G. aus N., leidet an Prolaps des Uterus mit Elongatio colli; Retroversio uteri.
2. VIII. 95. Abrasio mucosae; Portioamputation; Vaginofixation, Kolporrhaphia ant., Kolpoperineorrhaphia posterior; glatte Heilung.

10) Frau D. aus G., wegen Retroflexio uteri und Blutungen seit 2 Jahren in Behandlung; mit kleinen Pessarien hält der Uterus nicht; grosse nüffeln.
7. VIII. 95. Abrasio mucosae; Vaginofixatio; Exstirpation eines kirschgrossen Myoms aus der vorderen Uteruswand.

Wie aus den angeführten Fällen hervorgeht, sind durchweg Frauen operirt worden, bei denen jede andere Behandlung versucht wurde und sich als erfolglos erwies oder bei denen wegen äusserer Verhältnisse (3) eine andere Behandlung nicht durchführbar war. Als Operationsmethode wurde die Dührssen'sche Methode, von Fall 3 ab die intraperitoneale Vaginofixation (A. f. G. Bd. 47, Heft 2) gewählt; bei Fall 1 und 2 fand noch keine Eröffnung des Peritoneums statt. Soweit bis jetzt eine Controlle der Operirten stattfand, hat die Operation stets das geleistet, was von ihr erwartet wurde. Ueber Abgrenzung von Vaginofixation und Ventrofixation und die dabei üblichen Methoden wurde gesondert berichtet in No. 33 dieser Wochenschrift.

Sarkomatose des Peritoneums, des Omentum majus und der abdominalen Lymphdrüsen bei einem 4 jähr. Knaben.

Von Dr. *E. Doernberger.*

Die bösartigen Neubildungen werden im kindlichen Alter nicht gar häufig beobachtet, am häufigsten noch das Sarkom. Unter 750 Fällen von Geschwülsten, welche Löwenthal[1]) zusammenstellte, trafen 29 auf das Alter bis zu 10 Jahren; darunter waren 4 Carcinome und 21 Sarkome.

Nicht nur wegen seines klinischen Verlaufes, sondern hauptsächlich wegen des seltenen Sectionsbefundes scheint mir nachfolgender Fall einiges Interesse zu verdienen.

Der Knabe Fr. H. war, als er in meine Behandlung kam (6. V. 94), nicht ganz 4 Jahre alt. Im Alter von 4 Monaten Darmkatarrh, sonst stets gesund, bis im October 1893 unter starken Leibschmerzen und Auftreibung des Bauches heftiges Erbrechen und zugleich ein rechtsseitiger Leistenbruch sich zeigte. In der Folgezeit öfter Schmerzen im Leib und Vergrösserung des Umfangs desselben in verschiedenem Grade. Seit Beginn dieser Erkrankung Unlust zu essen, zu gehen, zu spielen. Seit Frühjahr 1894 sichtliche Abmagerung und stets aufgetriebener, gespannter Leib. Augenlider sollen zuweilen etwas geschwollen sein. Oefters Verstopfung und Erbrechen.

Eltern und 2 Kinder derselben sind gesund, 1 an Magendarmkatarrh, Furunculos. universal. und Atrophie gestorben. In der Familie weder Tuberculose, noch Lues, noch Potatorium. Der Knabe erhielt nur minimale Mengen Alkohol (Bier). Irgendwelches Trauma (Stoss, Fall) hat das Kind nie erlitten, auch die Mutter während der Schwangerschaft nicht.

Status am 6. V. 94. Blasser, am Körper abgemagerter Knabe mit frischem, vollem Gesicht ist bei der Untersuchung (auch bei jeder späteren) sehr geduldig und zeigt sich geistig sehr geweckt. Der Unterleib ist umfangreicher als normal, die Bauchdecken gespannt und kuppelförmig gewölbt, die Nabelfurche verstrichen, die Hautvenen ausgedehnt. Leber und Milz nicht vergrössert. Kein Ascites, dagegen hochgradiger Meteorismus. Nirgends Oedeme. Herz und Lungen gesund. Rechts neben dem Nabel wallnussgrosser, harter, rundlicher Knollen, in der Bauchhöhle verschieblich fühlbar; ein ebensolcher in der Regio hypogastrica dextra. Rechts eine kleine reponible Hernie im Scrotum. Respiration, Puls und Temperatur normal. Im Urin reichlich Indican.

In den folgenden Monaten Erbrechen seltener, Besserung des Appetits und Allgemeinbefindens. Ich sah den Patienten nicht mehr vom

[1]) Carl Löwenthal, Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste. Langenbeck's Archiv, Bd. 49, Heft 1 u. 2.

Juli bis 22. Dec. 1894. Während dieses Zeitraumes war er ganz bedeutend abgemagert, auch im Gesicht, während der Leib, namentlich in den letzten Wochen, viel umfangreicher geworden war. Vor acht Tagen sollen die Füsse vorübergehend geschwollen gewesen sein. Häufig starke Schmerzen im Leibe und Neigung, auf dem Bauch zu liegen, oder vornübergebeugt mit angelehntem Unterleib und aufgestützten Armen zu sitzen, dagegen fällt Gehen und Stehen sehr schwer. Seit langem kein Erbrechen, Stühle in normaler Zahl, oft dünn und äusserst übelriechend. Kind in letzter Zeit sehr apathisch und appetitlos.

Die Aspection zeigt den Leib gegen früher bedeutend umfangreicher und die äussere Haut durch die Ausdehnung verdünnt, das Fettpolster geschwunden, den Nabel blasig hervorgewölbt. Durch die Bauchdecken hindurch kann man ein Gebilde abtasten, das der Palpation, der Localisation und der ganzen Beschaffenheit nach keines der in der Bauchhöhle normaler Weise gelagerten Organe darstellen kann Diese anscheinend einheitlich solide Masse beginnt oberhalb des Nabels, lässt sich hier mit den Fingern umfassen, abheben und 2 Einbuchtungen erkennen. Sie erstreckt sich von da in schwachem Bogen nach links von der Medianlinie ca. 2 Finger breit und nach rechts ca. 3 Finger breit seitlich und nach hinten und lässt sich bis in's rechte Hypogastrium hinab palpatorisch und percutorisch verfolgen. Zwischen dem Tumor und der Leber Darm. Nirgends freie Flüssigkeit.

Probepunction unterhalb des Nabels ist sehr schmerzhaft und ergibt Blut. Athmung mühsam. Herz und Lungen frei. Im Urin reichlich Indican. Uebelriechender, dünner Stuhl, frei von Tuberkelbacillen. Temp. Nachm. 38° C. in ano.

23. XII. Temp. 36,8° C. Puls 144, klein.

2. I. 95. Oedem des Präputium, Scrotum und der Füsse. Leib bei Betastung schmerzhaft.

3. I. Sehr häufig Erbrechen. Bronchitis diffusa.

8. I. Oberschenkel ebenfalls ödematös. Fortschreitender Kräfteverfall.

14. I. Auf der innern Seite beider Oberschenkel Haut ca. thalergross bläulich verfärbt, hart, infiltrirt, sehr schmerzhaft.

16. I. Exitus letalis.

Die gelegentlich meiner erstmaligen Untersuchung gefühlten Knollen glaubte ich trotz des Mangels hereditärer Belastung und Erkrankung anderer Organe als tuberculöse Lymphdrüsen mit Wahrscheinlichkeit ansprechen zu dürfen. Erst im weiteren Verlauf gelangte ich in Anbetracht des raschen Wachsthums der fraglichen Geschwulst und in Erwägung, dass die Tumoren der Bauchhöhle bei Kindern meist sarkomatöser Art sind, in Uebereinstimmung mit Herrn Prof. Klaussner, der den Pat. mit mir gemeinsam einmal untersucht, zur Diagnose Sarkom.

Demgemäss hatte ich die Prognose quoad vitam gleich Anfangs dubiös, im December 1894 jedoch entschieden infaust gestellt.

Therapeutisch war ausser symptomatischen Mitteln (Opium, Klysmen, roborirender Diät) noch versucht worden durch Schmierseifen-Einreibungen (Senator bei abdomineller Tuberculose), Einpinselungen von Jodtinctur (Henoch) und innerliche Darreichung von Heilbronner Wasser, zuletzt von Arsen in Form des Liquor Fowleri einzuwirken, aber vergebens.

Die 24 Stunden nach dem Tode vorgenommene Section ergab in der Hauptsache Folgendes:

Beim Medianschnitt durch die musculaturschwachen und fettlosen Bauchdecken gelangt man nicht in die freie Bauchhöhle, auch nicht an das grosse Netz, von dem keine Spur zu finden ist, sondern an eine mit der Bauchmusculatur adhärente Geschwulstmasse mit weisser speckig glänzender Oberfläche. — Der Tumor nimmt fast das ganze rechte Meso- und Hypogastrium ein und überragt die Medianlinie um etwa Fingerbreite, reicht hinab bis zur Blase und hängt nach oben aussen in der Gegend der Flexura coli dextra mit dem rechten Leberrand zusammen, auch diesen infiltrirend.

Die Leber überragt mit ihrem linken Lappen den Rippenbogen fingerbreit. Magen unter der Leber verborgen. Nieren, Pankreas, Milz und Leber mit Ausnahme des rechten Randes gehörig. Die Gedärme zum Theil mit der Neubildung verwachsen. Zwischen ihr und der Leber zieht das meteoristisch aufgetriebene Colon transversum, links von ihr Colon descendens, ein Theil der Dünndarmschlingen und die Harnblase. In der Bauchhöhle keine freie Flüssigkeit. Uebrige Organe ohne Besonderheiten. Thrombose in den Unterleibsgefässen wird nicht gefunden.

Die Geschwulstmasse, die Darmschlingen nicht durchblicken lässt, ist ca. 1/2 cm dick, an einzelnen Stellen dünner, auf der Schnittfläche weiss glänzend. Beim Einschneiden in der Medianlinie gelangt man in eine etwa handgrosse Höhle mit jauchigem, theilweise bröckligem, fäculent riechenden Inhalt. In ihr zeigen sich zwei kraterförmige Einsenkungen, durch welche man in perforirte Darmschlingen gelangt, aus denen sich auf Druck flüssiger gelblicher Koth entleert.

Ein Wasserstrahl, durch eine Dünndarmschlinge geleitet, gelangt ohne Hinderniss in die Höhle. Der Boden derselben ist höckerig, die Ränder unregelmässig ausgebuchtet. Das Colon transversum, dessen Wandungen verdickt sind, begrenzt nach oben die Höhle. Am rechten Rand der Neubildung fest mit ihm verwachsen das aufsteigende Colon. An der Hinterseite der Geschwulst Darmschlingen allenthalben mit ihr und untereinander durch Geschwulstmasse verwachsen, die sich über die Serosa hin ausbreitet. Sichtbare Lymphdrüsen hochgradig vergrössert, auf der Schnittfläche solide, weissglänzend. Ein grösseres, etwa hühnereigrosses Paquet Mesenterialdrüsen rechts hinten oben aus der Geschwulstmasse hervorragend.

Bei der mikroskopischen Untersuchung, welche gütigst im pathologischen Institut vorgenommen wurde, erwies sich der Tumor als kleinzelliges Rundzellensarkom[2]).

Bösartige Geschwülste im Unterleib bei Kindern sind mehrfach beobachtet und beschrieben. Am meisten Aehnlichkeit mit vorliegendem Falle hat ein von Henoch[3]) erzählter. Hier fand sich im Centrum des Medullarsarkoms eine mit brauner Jauche gefüllte Cyste. Unserem Falle jedoch ist eigen, dass die von der Geschwulst umschlossene Höhle mit Koth gefüllt und von Darmwandung begrenzt war, nachdem offenbar durch Usurirung von Darmwandung eine immer grössere Communication von Darmschlingen hergestellt war. Staunen muss man, dass trotz dieser gewaltigen Zerstörung, die nicht erst in der letzten Zeit entstanden sein kann, die Symptome verhältnissmässig gering waren, nie Ileus aufgetreten ist, vielmehr nur Erbrechen von Speisen stattfand und bis zum letzten Tage Stuhl entleert wurde. Das Erbrechen sistirte sogar gegen Ende der Krankheit. Merkwürdig ist auch, dass das ganze grosse Netz in den Tumor aufging und dass sich keinerlei Metastasen fanden.

Die im Leben beobachteten Oedeme und die beginnende Hautgangrän an den unteren Extremitäten in den letzten Tagen waren gewiss durch venöse Stase in Folge mechanischen Drucks der Geschwulst auf die Gefässe bedingt.

Als Ausgangspunkt der Neubildung müssen wir wohl mit Wahrscheinlichkeit nach dem Resultat unserer ersten Untersuchung die abdominalen Lymphdrüsen betrachten. Nächst den Nieren und dem perirenalen Bindegewebe gehen ja die Tumoren der Bauchhöhle bei Kindern am häufigsten von den Drüsen aus, die sich im Becken oder im retroperitonealen Bindegewebe befinden. Viel seltener darf als primäre Entstehungsart der Darmtractus, noch seltener das Pankreas, am seltensten das Peritoneum gelten.

Von den zwei Theorien über die Entstehung von Geschwülsten, der Cohnheim'schen und der Virchow'schen, gewann die letztere in den jüngsten Jahren durch zahlreiche Beobachtungen, auch bei Kindern, gewichtige Stützen[4]). In unserem Falle konnte jedoch kein Trauma oder localer Reiz, weder im Leben noch etwa intrauterin erlitten, in Erfahrung gebracht werden.

Ob eine frühzeitige Laparotomie und Excision der anfangs gefühlten Knollen (wahrscheinlich bereits sarkomatös entartete Lymphdrüsen) den Knaben gerettet hätte, ist zum mindesten sehr fraglich.

Nosophen als Ersatzmittel des Jodoform.

Mittheilung aus der chirurgischen Abtheilung des Bethlehem-Hospitals in Stolberg (Rheinland).

Von Dr. *G. Noack.*

Nachdem ich seit November 1894 Gelegenheit gehabt habe, das von der chemischen Fabrik Rhenania in Aachen dargestellte Nosophen in der grossen und kleinen Chirurgie systematisch zur Anwendung zu bringen und in seiner Wirkungsweise zu beobachten, glaube ich auf Grund meiner damit gemachten Erfahrungen nunmehr auch mit meinem Urtheil über

[2]) Auf Veranlassung des Herrn Obermedicinalrathes Prof. Dr. Bollinger, wird das genauere Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung in einer Dissertation niedergelegt werden.

[3]) Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 1892, S. 585.

[4]) Siehe Löwenthal l. c.

dasselbe als Desinficiens und Wundheilmittel hervortreten zu dürfen und in Nachstehendem einen kleinen Beitrag zur Würdigung seiner mannigfachen Vorzüge liefern zu müssen, die es speciell vor dem Jodoform voraus hat.

Ohne mich bei der Naturgeschichte des Mittels, die aus früheren Arbeiten anderer Autoren[1]) zur Genüge bekannt sein dürfte, weiter aufzuhalten, beschränke ich mich lediglich auf die Zusammenfassung meiner eigenen Erfahrungen, die sich auf das Nosophen als Streupulver (mit und ohne fremde Zusätze) und die Nosophengaze, bezw. deren Anwendung, stützen.

Als ein Hauptvorzug gegenüber dem für Manche unerträglichen Geruch des Jodoform, dessen giftigen Eigenschaften und Leichtzersetzbarkeit, wodurch bei seiner Anwendung jene unliebsamen und oft recht langwierigen Jodekzeme entstehen, muss auf Seiten des Nosophen die gänzliche Geruchlosigkeit, seine Ungiftigkeit und seine chemische Dauerhaftigkeit gegenüber der Einwirkung des Lichtes und höherer Hitzegrade hervorgehoben werden. Die letzteren Eigenschaften ermöglichen vor Allem eine vollkommene Sterilisirung sowohl des Nosophenpulvers selbst durch länger dauernde Einwirkung trockener Hitze, wie auch der mit ihm imprägnirten Verbandgaze durch strömenden Wasserdampf, da durch keine dieser Proceduren — selbst bei längerer Dauer — irgend welche chemische Veränderung mit dem Nosophen vorgeht.[2]) Ausserdem gestattet seine Ungiftigkeit eine nach Menge und Oertlichkeit unbeschränkte Anwendung in der Wundbehandlung. Einen besonderen Werth als Desinficiens besitzt das Nosophen durch sein Verhalten freiem Alkali gegenüber, indem das an sich in Wasser unlösliche Nosophen durch das in jedem Wundsecret mehr minder regelmässig vorhandene chemisch wirksame Alkali — vermuthlich als Natronsalz — in löslichen Zustand übergeführt wird und auf diesem Weg eine ausgedehntere antibakterielle Wirkung zu entfalten im Stande ist, wie auch thatsächlich bei stärker secernirenden mit Nosophenpulver bestreuten Wunden nach 24 bis 48 Stunden meist eine bläuliche Verfärbung der sie bedeckenden einfach sterilen Gaze bemerkbar wird.

Das ebenfalls fabrikmässig dargestellte und sowohl für desinficirende Lösungen wie zur Imprägnirung von Verbandstoffen verwendbare, wasserlösliche Natronsalz — das Antinosin — habe ich einer systematischen Prüfung bisher noch nicht unterzogen, in vereinzelten Fällen jedoch eine vollkommen befriedigende Anwendung von ihm und der mit ihm imprägnirten Gaze gemacht.

Fernerhin zeichnet sich das Nosophen vor dem Jodoform noch durch seine ganz hervorragende aufsaugende Fähigkeit aus, welche sich noch wesentlich steigern lässt durch Combination mit anderen pulverförmigen Substanzen, von denen ich hier zunächst besonders das Schleich'sche Serumpulver erwähnen möchte, das ebenso wie das Nosophen selbst die trockene Sterilisation in heisser Luft ohne Beeinträchtigung seiner Constitution und Wirkung gestattet. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass bei sehr stark secernirenden frischen oder eiternden Wunden es mir Anfangs begegnete, dass das zu reichlich aufgestreute Nosophenpulver mit dem theilweise aufgesaugten Wundsecret eine so feste, harte Kruste bildete, dass darunter eine Eiterverhaltung mit allen ihren unliebsamen Folgen zu Stande kam; es lässt sich dies Vorkommniss jedoch sehr leicht dadurch vermeiden, dass man — was sich auch bei solchen frischen Wunden empfiehlt, die hinsichtlich ihrer Secretionsstärke, sowie ihrer zuverlässigen Asepsis nicht a priori vollkommen zu beurtheilen sind — den trockenen oder leicht angefeuchteten Mull mit reichlicher Watte und etwas Guttapercha- oder Wachspapier bedeckt, wodurch selbst bei ganz trockenem Verband doch so viel verdunstende Feuchtigkeit in demselben condensirt wird, dass er, ohne macerirend zu wirken, hinlänglich feucht bleibt, um eine schädliche Krustenbildung nicht zu Stande kommen zu lassen.

Bei frischen, aseptischen Wunden bringe ich jetzt das Nosophen nur noch in Verbindung mit Serumpulver in Anwendung und ziehe diese Combination der ursprünglich von Schleich empfohlenen — Serumpulver und Jodoform — vor allen Dingen wegen ihres grösseren Aufsaugungsvermögens und ihrer austrocknenden Wirkung entschieden vor: Das Nosophenserumpulver (Nosoph. 2, Serumpulver 3, oder auch zu gleichen Theilen) bildet mit dem aussickernden Wundsecret eine trockene mehr minder feste Kruste, unter der frische, aseptische Wunden in idealster Weise rasch und glatt heilen. Bei inficirten, eiternden, nekrotisirenden Wundflächen wende ich sowohl das Nosophenserumpulver allein, wie auch in Verbindung mit Nucleïn nach Schleich's Vorgang mit bestem Erfolg an (Serumpulver 60, Nosophen 37, Nucleïn 3) und zwar mit Letzterem wegen seiner hervorragenden auflösenden und den Zerfall nekrotisirenden Gewebes beschleunigenden Wirkung, wodurch eine raschere Reinigung der Wunde erzielt wird. Von den Eingangs erwähnten Nachtheilen des Jodoform habe ich beim Nosophen keinen erfahren; dagegen fand ich noch stets das Erstere dem Nosophen an granulationsbefördernder Wirkung überlegen, wenn dieselbe auch dem Letzteren nicht völlig abzusprechen ist: Das Jodoform regt entschieden in vielen Fällen die Granulationsbildung des gereinigten Wundbodens lebhafter an, muss jedoch wegen seiner Neigung zu Ekzembildung bisweilen gegen das Nosophen vertauscht werden. Dagegen hat die Nosophengaze durch ihre bereits erwähnten Vorzüge, besonders wegen der Möglichkeit einer vollkommenen Sterilisirung, die Jodoformgaze in meiner chirurgischen Praxis vollständig verdrängt. Ausser in der grossen und kleinen Chirurgie machte ich noch Gebrauch von dem reinen Nosophenpulver oder einer Mischung desselben mit etwas Borsäure behufs Insufflation bei mehreren Fällen von eiterigem Mittelohrkatarrh und zwar mit der bereits oben erwähnten Vorsichtsmassregel (um bei reichlicher Secretion eine durch Krustenbildung leicht mögliche Eiterverhaltung zu verhüten), dass ich den äusseren Gehörgang nach Ausspülung mit Bor- oder Antinosinlösung und nacherigem Einblasen des Pulvers mit einem von Guttaperchapapier umhüllten Wattetampon verschliesse, oder einen schmalen bis nahe an das Trommelfell vorgeschobenen feuchten Wattestreifen einlege; bei beiden Anwendungsarten führte das Nosophen in sämmtlichen, selbst veralteten Fällen stets zu einer vollständigen Ausheilung des Schleimhautprocesses. Auch bei den auf scrophulöser Basis beruhenden hypersecernirenden chronischen Rhinitiden, die meist mit adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum vergesellschaftet waren, bewirkte das Nosophen in Pulverform eingeblasen mindestens eine wesentliche Beschränkung des Secretes, das auch seinen scharfen, die Umgebung der Nasenöffnung ekzemisirenden Charakter verlor. Bei chronisch atrophischen Rhinitiden mit Borkenbildung und fötidem Geruch (ebenfalls auf scrophulöser Basis), beseitigte das Nosophen in Pulverform eingeblasen oder als Nosophengazetampon stets den üblen Geruch vollständig und mindestens für die ganze Dauer der auf Monate sich erstreckenden Beobachtung, während die Neubildung der Borken gleichzeitig durch Vibrationsmassage und die hierdurch angeregte normale Secretion — wenigstens in einzelnen, länger behandelten Fällen — beseitigt wurde. In Verbindung mit Schleich'schem Serumpulver fand das Nosophen — was ich noch besonders erwähnen muss — schliesslich noch reichliche Verwendung bei frischen Brandwunden und überhaupt nässenden, der Epidermis beraubten Coriumpartieen, die selbst im Fall einer bereits erfolgten Infection und Eiterung dennoch rasch durch aufgestreutes Nosophenserumpulver zur Ueberhäutung gebracht werden. Allerdings muss ich hierbei ausdrücklich erwähnen, dass die Schleich'sche Serumpaste denselben Zweck mindestens in der gleichen idealen Weise erfüllt.

Eine specifische Wirkung, besonders tuberculösen Processen gegenüber, habe ich beim Nosophen bisher nicht feststellen können. — Aus dieser Zusammenstellung der von mir mit dem

[1]) Classen, Seifert, v. Noorden, Lieven, Koll, Zuntz und Frank, Kruse u. A.

[2]) Bei Sterilisirung der Nosophengaze im Körte'schen Apparat — falls gleichzeitig Instrumente in Sodalösung ausgekocht werden — findet gelegentlich durch frei werdendes Ammoniak eine unbedeutende Blaufärbung der Gaze statt, welche auf Bildung des Ammoniaksalzes des N. zurückzuführen ist und keinerlei Beeinträchtigung der desinficirenden Wirkung derselben bedeutet.

Nosophen gemachten Erfahrungen dürfte im Anschluss an die bereits bekannten Veröffentlichungen anderer Beobachter die bedeutende Wichtigkeit des Mittels in der modernen Wundbehandlung und besonders als Ersatz für das Jodoform ausreichend hervorgehen und bleibt demselben, so lange noch nicht eine allgemein durchgeführte Vereinfachung unserer Wundbehandlung die Anwendung solcher Mittel entbehrlich macht, zunächst ein wichtiger Platz in ihrer Reihe gesichert, und steht nur zu wünschen, dass eine Herabsetzung seines noch sehr hohen Preises seine weitergehende Einbürgerung in der Chirurgie bald ermöglicht.

Ein Fall von Graviditas tubaria interstitialis mit Ausgang in Genesung.

Von Dr. *Fr. Gebhardt* in Wasserburg a. Inn.

Im Laufe des vorigen Jahres hatte ich Gelegenheit, einen Fall von Extrauteringravidität zu beobachten, der so viel des Interessanten bietet, dass ich glaube, ihn veröffentlichen zu müssen.

Frau A. F., 26 Jahre alt, hat 3 mal geboren, das letzte Mal im October 1893. Während sich nach den früheren Entbindungen die Menses jedesmal in kurzer Zeit wieder einstellten und dann regelmässig alle 4 Wochen wiederkehrten, blieben sie nach der letzten Entbindung gänzlich aus. Auch fühlte sich die Frau seit December 1893 nicht mehr recht gesund und hatte immer etwas Schmerzen im Leib.

Mitte April 1894 nahmen die Beschwerden zu und am 28. April entwickelte sich ein acuter Anfall mit lebhaften Leibschmerzen, heftigem Drang im Leibe nach unten, „wie wenn es zum Entbinden wäre.“ Die Schmerzen wurden Anfangs mehr in der rechten, dann in der linken Seite, schliesslich hauptsächlich in der Mitte des Leibes gefühlt. Dem damals herbeigerufenen Arzte gelang es, die stürmischen Erscheinungen zu beseitigen; aber, obwohl noch längere Zeit mit Massage nachbehandelt wurde, dauerte der Process unter wechselnder Intensität der Beschwerden fort.

Im Juni 1894 trat Patientin in meine Behandlung. Es bestand damals Amenorrhoe seit 7½ Monaten. Bei der Untersuchung war der Uterus nur wenig vergrössert, die Portio livid verfärbt, der Muttermund etwas geöffnet; weiter bestand mässiger Ausfluss; leichte Parametritis links; rechts neben dem Uterus fand sich eine mit diesem schwer bewegliche Geschwulst, welche äusserst druckempfindlich war.

Auf wiederholtes Befragen erklärte Patientin, dass sie sicher nicht gravid sei, da die ihr wohlbekannten subjectiven Symptome gänzlich fehlten. Da ausserdem die geringe Vergrösserung des Uterus sicher in keinem Verhältniss stand zu der langen Zeit, seit welcher die Menses fehlten, hielt ich die Einführung der Sonde für erlaubt und geboten. Die Sonde drang ganz besonders leicht über den inneren Muttermund vor; die Uterushöhle war erweitert, aber leer, Bewegungen des Uterus mit der Sonde besonders nach rechts sehr schmerzhaft.

Tags darauf stellten sich heftige Blutungen und wehenartige Schmerzen ein und am 2. Tage fanden sich in den Blutgerinnseln die Theile eines kleinen Skelettes: Rippen, Röhrenknochen, Becken und Kopfknochen, vollständig macerirt und ihrer Grösse nach einer 3—4 Monate alten Frucht angehörig. Jeder noch so unbedeutende Abgang verursachte starke Wehen und Blutungen. Da ich diese Abgänge natürlich nicht verhindern wollte und andererseits einen Eingriff zur Beschleunigung des Processes für unmöglich ansah, verhielt ich mich zuwartend, bis nach fast 6 Wochen im Blute keine Skelettheile mehr abgingen. Dann versuchte ich Tamponade und innerliche Mittel, ohne die Blutungen zum Stehen bringen zu können. Erst als die Patientin die subcutane Anwendung des Ergotins gestattete, blieben sie fast momentan aus. Seither bestehen noch ziemlich lebhafte parametritische Beschwerden und Unregelmässigkeit der Menses.

Zweifellos handelte es sich hiebei um einen Fall von Tubargravidität und zwar um eine Graviditas interstitialis, d. h. das Ei sass in jenem Theile der Tube, welcher bereits in der Uterussubstanz verläuft.

Für die Entstehung und den weiteren Gang des Processes glaube ich folgende Erklärung geben zu müssen: Die Frau acquirirte bei dem letzten Wochenbett eine Parametritis; durch dieselbe wurde die rechte Tube eingeschnürt oder in derselben sonst eine Veränderung geschaffen, welche den Eintritt des Eis in die Uterushöhle verhinderte.

Aus irgend einem Grunde starb die Frucht ab; es resorbirte sich der Inhalt des Eis bis auf die Knochen des Fötus, es kam also zur sogenannten Skelettirung; doch bestand offenbar noch ein Verschluss der Tube gegen die Uterushöhle hin. Wahrscheinlich wurde diese die Knochen umschliessende Kapsel bei der Sondirung durchstossen und dadurch unbeabsichtigter Weise der Weg zum Abgange des Skelettes eröffnet.

Bei einer allerdings sehr oberflächlichen Beurtheilung des Falles könnte man auf den Gedanken kommen, es sei eine im Uterus befindliche, noch lebende Frucht durch unvorsichtige Einführung der Sonde zum Absterben und Abgang gebracht worden, mit anderen Worten, es sei durch einen Kunstfehler ein Abortus herbeigeführt worden. Aber wenn auch der Zusammenhang zwischen Sondirung und Ausstossung der Frucht nicht geleugnet werden kann, da der zeitliche Zwischenraum nur 1 Tag betrug, so beweist doch der Zustand der abgegangenen Frucht mit absoluter Sicherheit, dass dieselbe schon lange vor der Anwendung der Sonde abgestorben war, denn eine vollständige Maceration der Frucht vollzieht sich natürlich nicht in einem Tage, sondern erfordert Wochen und Monate.

Eben dieser Zustand der Frucht beweist auch, dass dieselbe überhaupt nie im Uterus gesessen hatte. Stirbt eine im Uterus befindliche Frucht ab, so geht sie entweder nach kurzer Zeit und dann in relativ frischem Zustande ab, oder sie verjaucht oder mumificirt oder sie verwandelt sich in seltenen Fällen in ein Lithopädion. Die Skelettirung der Frucht kommt dagegen wohl nur bei Extrauteringravidität vor, hier allerdings gar nicht selten.

Da endlich die Expulsion des Fruchtrestes so rasch nach der Sondirung erfolgte, glaube ich annehmen zu müssen, dass derselbe bereits vorher der Uterushöhle sehr nahe gewesen war. Die Trennungsschichte zwischen Uterushöhle und Fruchtrest war offenbar eine sehr dünne, sonst hätte dieselbe durch eine einfache Sondirung, bei der noch dazu keinerlei Gewalt angewendet wurde, nicht gleich so ausgiebig verletzt werden können, dass die Fruchtreste so rasch und leicht abgehen konnten.

Zum Schlusse sei bemerkt, dass auch Herr Geheimrath Prof. Dr. v. Winckel, der mir gestattete ihm den Fall vorzutragen, meine Auffassung für die wahrscheinlichste erklärte. — Die abgegangenen Knochen wurden, soweit ich derselben habhaft werden konnte, gesammelt und der Sammlung der Münchener Frauenklinik übergeben.

Aus der k. Universitäts-Augenklinik Würzburg.

Einige seltene Augenerkrankungen.

Von Dr. *Rudolph Denig*, Assistent.

(Fortsetzung.)

2) Doppelseitige Abducenslähmung nach Diphtherie.

Die 6jährige Apollonia Z. hatte vor etwa drei Wochen eine schwere Diphtherie überstanden. Im Stadium der Reconvalescenz entwickelte sich eine Extremitätenparese und Gaumensegellähmung.

Seit zwei Tagen klagt das Kind über Doppeltsehen und fiel es den Angehörigen auf, dass beide Augen nach einwärts schielten.

Die Untersuchung wies bei völligem Intactsein des Ciliar- und Sphinctermuskels, normalem Augenhintergrund etc. eine doppelseitige Abducenslähmung mit entsprechenden Doppelbildern nach.

Die Angehörigen wurden auf die Gutartigkeit der Prognose aufmerksam gemacht und angewiesen, das Kind von Zeit zu Zeit wieder vorzustellen.

Nach sechs Wochen ist die Abducenslähmung zurückgegangen, desgleichen die Extremitäten- und Gaumensegellähmung verschwunden. Unlängst nach ca. 1½ Jahren kam mir Patientin wieder zu Gesicht und präsentirte sich in blühender Gesundheit.

Die das Auge befallenden postdiphtheritischen Lähmungen betreffen in der Regel den Ciliarmuskel, hie und da, jedoch relativ selten, ist auch der Sphincter pupillae mitbetheiligt.

Die Diagnose einer Accommodationslähmung bringen die kleinen ABC-Schützen selbst zum Arzte, mit der Angabe über plötzlich eingetretene Unfähigkeit, in der Nähe deutlich zu sehen resp. zu lesen. Die Anamnese führt zumeist auf eine vor Wochen überstandene Diphtherie, jedoch kenne ich auch Fälle, wo Diphtherie unter einem ausserordentlich harmlosen Bilde verlief, wo man auf eindringliches Befragen höchstens die Angabe erhält, dass die Patienten sich zu erinnern wissen, vor

einiger Zeit etwas Kratzen im Halse verspürt zu haben, resp. den Angehörigen ein leichtes rasch vorübergehendes Unwohlsein aufgefallen war. In solchen Fällen thut erst die auftretende Accommodationslähmung die Gefährlichkeit der überstandenen Erkrankung dar.

Das Procentverhältniss zwischen an Diphtherie Erkrankten und später von Accommodationslähmung Befallenen wird zu ungefähr 8 Proc. angegeben; dasselbe dürfte jedoch etwas höher sein, wenn man berücksichtigt, dass wegen zu jugendlichen Alters die Störung in manchen Fällen überhaupt nicht nachweisbar sein dürfte. Ein weitaus geringeres ist das der Sphincterparese, gar nicht beobachtet ist eine Lähmung der übrigen Oculomotoriuszweige und des Trochlearis, während merkwürdiger Weise das Auftreten von Abducenslähmung sicher constatirt ist.

In Bezug auf die Doppelseitigkeit des Befallenseins, den Zeitraum zwischen dem Auftreten der Diphtherie und den ersten Erscheinungen der Abducenslähmung, Dauer der Affection und die Gutartigkeit der Prognose zeigt die Lähmung der Externi das gleiche Verhalten wie diejenige der Accommodation.

Ihr Auftreten fällt im Durchschnitt ungefähr drei Wochen nach überstandener Diphtherie. Wie bei Accommodationsparese die Einschränkung der Accommodationsbreite auf beiden Augen die gleiche ist, so ist auch der Schielgrad bei Abducenslähmung auf beiden Augen der nämliche.

Nach den bisher bekannten Fällen zu schliessen, verschwindet die Abducenslähmung mit fortschreitender Reconvalescenz binnen 1 bis 2 Monaten von selbst und gibt daher eine gute Prognose.

In einer Hinsicht scheint die Abducenslähmung sich von der Accommodationslähmung zu unterscheiden: sie erscheint an die schweren Fälle von Diphtherie gebunden.

So berichtet Friedenwald (s. Michel's Jahresber. 1893, 370) von einer schwer verlaufenden Diphtherie.

Dessgleichen de Schweinitz (Michel's Jahresber. 1890, 448), welcher ausser der Abducenslähmung, leichte Ptosis, sowie Accommodations- und Irislähmung, ferner Parese der Beine sah.

Ebenso Stanford Morton (Ophthalmic Review 1891 p. 30).

Auch in dem von Hochhaus mitgetheilten Falle (s. Virchow's Archiv CXXIV, 230) bestand schwere Gaumen-, Rachen- und Nasendiphtherie; zwei Wochen nach Beginn der Erkrankung Gaumen- und Schlundlähmung, später Herzschwäche, Kehlkopflähmung, zuletzt Paralyse beider Musculi recti externi. Tod an Herzschwäche nach ca. sieben Wochen.

Hochhaus hatte Gelegenheit, die gelähmten Muskeln anatomisch zu untersuchen, und constatirte in denselben eine ausgesprochene Entzündung hauptsächlich im Zwischengewebe, doch auch an den Fasern deutlich nachweisbar; ebenso fand er eine geringe interstitielle Entzündung der Nerven. Es ist damit der Nachweis geliefert, dass die Ursache der diphtheritischen Lähmungen auch in den Muskeln ihren Sitz haben kann, in den Nerven und im Rückenmarke war sie früher schon nachweisbar.

(Schluss folgt.)

Feuilleton.

Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen im Jahre 1894.

Von Obermedicinalrath Dr. *Max Braun*, Mitglied des k. Ober-Medicinalausschusses.

Die Gesammtzahl der nicht approbirten Personen, welche Heilkunde ausüben, betrug am Schluss des Jahres 1894 1168. Hievon waren 866 männlichen, 302 weiblichen Geschlechtes. Im Jahre 1893 war die Zahl 1152.

Die männlichen Pfuscher haben im Vergleich mit dem Vorjahre um 34 zu-, die weiblichen um 18 abgenommen.

Von sämmtlichen Pfuschern treffen im Berichtjahre 74 Proc. auf das männliche, 26 Proc. auf das weibliche Geschlecht.

I. Die Zahl der nicht approbirten Heilkünstler in den einzelnen Regierungsbezirken war folgende:

Oberbayern	328,	hievon	234	männl.,	94	weibl. Geschlecht
Niederbayern	233	„	153	„	80	„ „
Pfalz	30	„	23	„	7	„ „
Oberpfalz u. Regensburg	131	„	108	„	23	„ „
Oberfranken	77	„	66	„	11	„ „
Mittelfranken	112	„	98	„	14	„ „
Unterfranken	53	„	42	„	11	„ „
Schwaben	204	„	142	„	62	„ „

a) In unmittelbaren Städten: Oberbayern 88, Niederbayern 10, Pfalz 12, Oberpfalz 4, Oberfranken 9, Mittelfranken 24, Unterfranken 7, Schwaben 32.

b) In den Bezirksämtern: Oberbayern 240, Niederbayern 223, Pfalz 18, Oberpfalz 127, Oberfranken 68, Mittelfranken 88, Unterfranken 46, Schwaben 172.

Nach amtlichen Berichten haben sich in den einzelnen Regierungsbezirken folgende Veränderungen ergeben:

In Oberbayern waren im Jahre 1894: 328 Pfuscher, 234 Männer, 94 Frauen, um 7 mehr als im Jahre 1893 (321).

a) Der Nationalität nach waren 304 aus Bayern, 20 Männer, 4 Frauen waren von auswärts, 7 waren Preussen, 3 Sachsen, 4 Württemberger, 9 Oesterreicher, 1 aus Italien.

b) Befugnissüberschreitungen kamen vor bei 4 Apothekern, beim niederärztlichen Personal bei 70 Badern, 4 Hebammen. 250 waren Nichtgeprüfte, darunter 1 ein Badbesitzer, 69 Bauern, 3 Bedienstete, 18 Dienstboten, 5 Geistliche, 63 Gewerbtreibende, 32 Krämer, 2 Lehrer, 3 Literaten, 7 Masseure, 12 Privatiers, 1 Todtengräber, 19 Wasenmeister oder deren Frauen, 15 unbekannten Berufes.

c) Bezüglich der Art und Weise der Ausübung der Heilkunde beschäftigten sich 119 mit Arzneibereitung und Verkauf, 1 mit Augenkrankheiten, 1 mit Baunscheidtismus, 17 mit Chirurgie, 1 mit Elektricität, 6 mit Elektrohomöopathie, 29 mit Fracturen und Luxationen, 7 mit Frauen- und Kinderkrankheiten 30 mit Geheimmitteln, 1 mit Hautkrankheiten, 54 mit Gesammtheilkunde, 12 mit Homöopathie, 6 mit Hydropathie, 8 mit Magnetismus, 26 interner Medicin, 1 mit Naturheilkunde, 2 mit Ohrenkrankheiten, 1 mit Unterleibsbrüchen, 1 mit Wunden, Panaritien, 5 mit Zahnheilkunde, 1 unbekannter Art.

Niederbayern berichtete über 233 Pfuscher, 153 männlichen, 80 weiblichen Geschlechtes, gegen Vorjahr Abnahme um 11 (244).

a) Auswärts domicilirende Pfuscher waren 3 aus Oesterreich, 1 Mann, 2 Frauen.

b) Befugnisse überschritten 79 Bader, 3 Badersfrauen, 14 Hebammen. Nichtapprobirte waren 140. Hievon waren 31 Bauern, 32 Austräglerinnen, 2 öffentlich Bedienstete, 2 Taglöhner, 4 Arbeiterinnen, 4 Geistliche, 23 Gewerbtreibende, 7 Händler, 1 Lehrer, 7 Privatiers, 6 Pensionärinnen, 1 Thierarztenswittwe, 6 Wasenmeister, 8 Wasenmeisterswittwen, 3 waren ohne Beruf.

c) Die Art des Pfuschens war bei 10 Arzneibereitung, Verkauf, bei 1 Augenkrankheiten, 11 Chirurgie, 1 Elektrohomöopathie, bei 31 Fracturen und Luxationen, 9 Frauen- und Kinderkrankheiten, 31 Geheimmittel und Sympathie, bei 13 unbefugte Hebammendienste, 69 gesammte Heilkunde, 24 Homöopathie, 3 Hydropathie, 16 interne Medicin, 1 Naturheilkunde, 3 Hernien, 1 Uroskopie, bei 8 Wunden, Geschwüre, bei 1 unbekannte Art des Pfuschens.

Nach dem Berichte der k. Regierung von Niederbayern wurden 2 Bader des Badertitels verlustig erklärt, da selbe trotz wiederholter Strafen ihre Ueberschreitungen fortsetzten. Einer Hebamme wurde ebenfalls die Befugniss für die Ausübung der Hebammenpraxis entzogen.

Pfalz: Die Zahl der Curpfuscher im Berichtjahre betrug 30, 23 Männer, 7 Frauen. Im letzten Jahre 23.

a) Der Nationalität nach waren 26 Bayern, je 1 aus Preussen, Oesterreich, Amerika, 1 unbekannter Nationalität.

b) Im niederärztlichen Personal finden wir angeführt 6 Bader, 1 Hebamme; ferner 1 Arztenswittwe, 5 Bauern, 2 Dienstboten, 1 Geistlichen, 9 Gewerbtreibende, 1 Masseur, 4 waren unbekannten Berufes.

c) Die Art der Ausübung der Heilkunde bestand bei 1 in Chirurgie, bei 1 Elektrohomöopathie, bei 7 Fracturen und Luxationen, 1 Geheimmittel, 8 Homöopathie, 3 Hydropathie, 1 Massage, 1 interner Medicin, 1 Naturheilkunde, 1 Wunden, Panaritien, 4 trieben Zahnheilkunde, bei 1 war die Heilmethode unbekannt.

Die k. Regierung der Pfalz berichtete Näheres über die hervorragendsten Pfuscher. Die Gangbarkeit der verschiedenen Geheimmittel steht im geraden Verhältniss mit der Häufigkeit der Zeitungsinserate. In der Pfalz sind Kneipp's Theesorten, Schweizerpillen zurückgegangen, Pain expeller florirt noch, Elektrohomöopathie ist verschwunden, Homöopathie selten, Naturheilmethoden nur einzeln.

Im Regierungskreise Oberpfalz und Regensburg hat die Zahl der Curpfuscher um 18 zugenommen; betrug 131, Männer 108, Frauen 23; voriges Jahr 113.

a) Wie im vorigen Jahre war 1 aus Oesterreich, 1 aus der Schweiz.

b) Von approbirten Personen waren angegeben: 72 Bader, 4 Hebammen. Nach Abzug dieser verblieben noch 55, von denen 10 Söldner, Bauern, 2 öffentlich Bedienstete, 3 Taglöhnerinnen, 7 Geistliche, 14 Gewerbtreibende, 1 Krämer, 1 Masseur, 7 Wasenmeister, 3 deren Wittwen, 7 unbekannt waren.

c) Hinsichtlich der Art der Ausübung der Heilkunde Folgendes: 6 bereiteten und verkauften Arzneimittel, 4 behandelten Augenkrankheiten, 8 trieben Bandwurmcuren, 1 trieb Elektrohomöopathie, 3 behandelten Fracturen und Luxationen, 4 Frauen- und Kinderkrankheiten, 9 hatten Geheimmittel, 8 übten unbefugte Hebammendienste, 66 Gesammtheilkunde, 9 Homöopathie, 2 Hydropathie, 8 interne Medicin, 1 Naturheilkunde, 1 behandelte Gicht, 1 Wunden, Geschwüre.

Nach dem Bericht der k. Regierung sind 21 Bestrafungen wegen Curpfuscherei vorgekommen gegen 16 im Vorjahre; 16 wegen unbefugter Abgabe von Arzneien, 3 wegen unbefugter Ausübung der Geburtshilfe, einmal wegen Anleitung hiezu und einmal wegen Betrug durch Anpreisung und Verkauf von Urin als Heilmittel.

Als allgemeines Resultat der beiliegenden Statistik ergibt sich, dass von einer Abnahme der Pfuscherei nichts zu bemerken ist, dass die Bestrafungen nur die kleinen Pfuscher treffen, während die im Grossen mit allen Hilfsmitteln der Reclame arbeitenden Pfuscher und Pfuschergeschäfte straflos bleiben. Ebenso bleiben fast immer straflos die durch fahrlässige Körperverletzungen von Seiten der Pfuscher oder durch Vernachlässigung der rechtzeitigen ärztlichen Hilfe entstandenen Schädigungen der Gesundheit und die pecuniären Verluste, welche das Publicum durch die schwindelhaften Vorspiegelungen der Pfuscher in Bezug auf ihre Heilkunst fortwährend erleidet.

In Oberfranken wurde eine Gesammtzahl von 77 Curpfuschern beobachtet, 66 männlichen, 11 weiblichen Geschlechts; im Jahre 1893: 78.

a) Aus Bayern waren 71, Auswärtige 6; hievon waren 2 aus Sachsen-Coburg, 1 aus dem Königreich Sachsen, 2 aus Sachsen-Meiningen, 1 aus Oesterreich.

b) Befugnissüberschreitungen kamen bei 5 Apothekern, ferner bei 29 Badern vor.

Die Zahl der nicht approbirten Pfuscher betrug 43. Nach Stand und Beruf waren 15 Bauern, 2 Beamte, 2 Taglöhner, 16 Gewerbtreibende, 2 Privatiers, 1 Wasenmeister, 1 Wasenmeisterin, 4 beruflos.

c) Die Art der Ausübung der Heilkunde war folgende: 16 bereiteten und verkauften Arzneien, 1 trieb Augenheilkunde, 3 trieben Chirurgie, 8 behandelten Fracturen, 10 behandelten mit Geheimmitteln und Sympathie, 1 Gelbsucht, 23 trieben Gesammtheilkunde, je 1 Homöopathie, Hydropathie, 2 übten Massage, 3 interne Medicin, 2 Naturheilkunde, 1 Uroskopie, 4 behandelten Geschwüre und Wunden, 1 trieb Zahnheilkunde.

Die k. Regierung berichtete: Die Schwärmerei für Naturheilkunst und das Kneipp'sche System scheint noch nicht nachzulassen. Der Glaube an die Kunst der Einrichter ist noch tief eingewurzelt. Wie gross ist der Schaden auch in national-ökonomischer Beziehung, welchen diese Einrichter anrichten!

Die Unfallversicherungen bieten Gelegenheit, Fälle aufzuzählen, bei welchen rechtzeitige, sachverständige Hülfe in kurzer Frist einen günstigen Ausgang herbeigeführt hätte, während unter der Hand der Pfuscher sich Phlegmonen entwickelten, welche zu Verkrüppelungen führten, die den Verkrüppelten eine lebenslängliche Rente aus den Mitteln der Berufsgenossenschaften zu bewilligen zwangen.

In Mittelfranken hat die Zahl der Pfuscher gegen das Vorjahr um 6 abgenommen, 112 gegen 118, 98 waren männlichen, 14 weiblichen Geschlechtes.

a) Auswärts domicilirende waren 2 Oesterreicher, 3 Württemberger.

b) Das seine Befugnisse überschreitende Personal betraf 71 Bader, 2 Hebammen. Von den 39 nicht Approbirten waren 1 Badebesitzer, 3 Bauern, 1 öffentlich Bediensteter, 2 Taglöhner, 1 Geistlicher, 11 Gewerbtreibende, 3 Privatiers, 5 Händler, 2 Masseure, 2 Wasenmeister, 2 Wasenmeisterfrauen, 6 waren ohne Beruf.

c) Arzneimittel bereiteten und verkauften 18, Bandwurmcuren trieben 3, Chirurgie 3, Elektrohomöopathie 1, Fracturen behandelte 1, Kinderkrankheiten 1, Geheimmittel und Sympathie 5, unbefugte Hebammendienste übte 1, Gesammtheilkunde trieben 41, Homöopathie 5, Hydropathie 1, Magnetismus 2, interne Medicin 7, Naturheilkunde 7. Geschwüre behandelten 8, Zahnheilkunde trieben 4, in unbekannter Art und Weise pfuschten 4.

Unterfranken und Aschaffenburg hatte am Schluss des Jahres 1894: 53 Pfuscher, 42 männlichen, 11 weiblichen Geschlechtes, im Jahre 1893: 56.

a) Der Nationalität nach waren 48 aus Bayern, 3 aus Sachsen-Weimar, 1 aus Württemberg, 1 aus Amerika.

b) Ausser 3 Apothekern und von niederärztlichen Personen, 11 Badern, figuriren noch 11 Bauern, 7 Arbeiter, 1 Geistlicher, 10 Gewerbtreibende, 2 Händler, 1 Privatier, 1 Wasenmeister, 2 Wasenmeisterfrauen, 4 waren beruflos.

c) Die Art der Ausübung war folgende: Arzneimittel bereiteten und verkauften 7, Chirurgie trieben 5, Geheimmittel und Sympathie trieben 13, unbefugte Hebammendienste verrichteten 3, Gesammtheilkunde übten 15, Homöopathie 8, Naturheilkunde 1, Wunden behandelte 1.

Nach dem Berichte der k. Regierung wurde von 3 Bezirksämtern gemeldet, dass das Kneipp'sche Verfahren, das in Unterfranken ohnedies keinen besonderen Anklang gefunden hatte, in Abnahme begriffen sei.

Mit Ausnahme einiger Fälle hat auch im Jahre 1894 das Pfuschergewerbe im Kreise Unterfranken und Aschaffenburg keinen besonderen Nachtheil gebracht.

Schwaben und Neuburg wies eine um 5 Fälle grössere Zahl auf: 204 (142 Männer, 62 Frauen) im Jahre 1893: 199.

a) Auswärts beheimathet waren 5, dieselben waren Württemberger.

b) In den Berichten sind 2 Apotheker angeführt, ausser welchen 52 Bader, 1 Badersfrau, 6 Hebammen das niederärztliche Personal repräsentiren. Ferner waren folgende Berufsklassen vertreten: 1 Badebesitzer, 33 Bauern oder Austrägler, 13 Dienstboten, 8 Geistliche, 41 Gewerbtreibende, 9 Krämer, 2 Lehrer, 1 Masseuse, 2 Ordensschwestern, 7 Privatiers, 8 Wasenmeister, 18 blieben unbekannten Standes.

c) Die Art der Heilversuche war bei 32 Arzneibereitung, 1 Augenkrankheit, 1 Bandwurmmittel, 1 Baunscheidtismus, 9 Chirurgie, 2 Elektrohomöopathie, 3 Fracturen und Luxationen, 3 Frauen- und Kinderkrankheiten, 30 Geheimmittel und Sympathie, bei 9 unbefugter Hebammendienst, bei 61 Gesammtheilkunde, 17 Homöopathie, 5 Hydropathie, 1 Magnetismus, 2 Massage, 3 interne Medicin, 1 Uroskopie, 12 Wunden, Panaritien, 5 Zahnheilkunde, 6 unbekannt.

Im ganzen Königreich betrug, wie Eingangs erwähnt, die Zahl der bekannt gewordenen Curpfuscher 1168; im Jahre 1893: 1152; in der Zeitperiode von 1888—1892: 1194,0; von 1883—1887: 1381,8.

Zugenommen hat die Zahl in Oberbayern um 7, Pfalz um 7, Oberpfalz und Regensburg 18, Schwaben 5 (37).

Abgenommen in Niederbayern um 11, Oberfranken 1, Mittelfranken 6, Unterfranken 3 (21). Im Ganzen Zunahme um 16.

Auf je 100 000 Einwohner trafen im Jahre 1894: In Oberbayern 28,0, Niederbayern 35,0, Pfalz 4,0, Oberpfalz und Regensburg 24,35, Oberfranken 13,5, Mittelfranken 15,5, Unterfranken 8,6, Schwaben 29,9. Auf je 100 000 Bewohner trafen in Bayern im Jahre 1894: 20,4, 1893: 20,6, vom Jahre 1889 bis 1893: 20,9, 1884—1888: 24,5.

II. Nationalität.

Von den 1168 Curpfuschern waren 1114 Bayern, 54 waren auswärts domicilirend; 43 Proc. waren Männer, 11 Proc. Frauen.

Aus Deutschland waren: Aus Preussen 8, Sachsen-Coburg 2, Königreich Sachsen 4, Meiningen 2, Weimar 3, Württemberg 13. Ausländer waren: 17 aus Oesterreich, 1 Italien, 2 Amerika, 1 Schweiz, 1 blieb unbekannt. Auswärts Domicilirende trafen auf Oberbayern 24, Niederbayern 3, Pfalz 4, Oberpfalz und Regensburg 2, Oberfranken 6, Mittelfranken 5, Unterfranken 5, Schwaben 5.

III. Stand und Beruf.

Die Zahl der geprüften Medicinalpersonen, also der ihre Befugnisse Ueberschreitenden war 439. Von diesen waren 14 Apotheker, von niederärztlichen Personen 394 Bader, 31 Hebammen. Im Vorjahre gehörten zu dieser Kategorie 414, 729 Curpfuscher gehörten folgenden verschiedenen Berufsarten an:

Eine war Arztens-Wittwe, 3 waren Badebesitzer, 209 Bauern, Söldner, Austrägler, 10 Beamte resp. öffentlich Bedienstete oder deren Frauen, 53 Dienstboten, Taglöhner, Arbeiter, 27 Geistliche, 187 Gewerbtreibende, 56 Kaufleute, Händler, Krämer, 5 Lehrer, 3 Literaten, 12 Masseure oder Hydropathen, 2 Ordensschwestern, 38 Privatiers oder Pensionisten, 1 Thierarzt, 1 Todtengräber, 60 Wasenmeister, theilweise deren Frauen oder Wittwen, 61 waren beruflos.

Bezüglich der Zu- oder Abnahme des männlichen im Vergleich zum weiblichen Geschlechte in den einzelnen Berufsarten gibt die Tabelle I des k. b. statistischen Bureaus näheren Aufschluss.

Uebersicht über die zur Ausübung der Heilkunde nicht approbirten Personen nach dem Stande vom 31. December 1894 im Vergleich mit derselben Zeit des Vorjahres sowie mit den fünfjährigen Durchschnittsperioden 1888—1892 und 1883—1887.

Vortrag	Oberbayern		Niederbayern		Pfalz		Oberpfalz		Oberfrank.		Mittelfrank.		Unterfrank.		Schwaben		Königreich 1894			Königreich 1893	Königreich 1888-92	Königreich 1883-87
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	zus.	im Ganzen		
I. Gesammtzahl	234	94	153	80	23	7	108	23	66	11	98	14	42	11	142	62	866	302	1168	1152	1194,0	1381,8
	328		233		30		131		77		112		53		204							
II. Nationalität.																						
Bayern	214	90	152	78	19	7	107	22	61	10	94	13	37	11	139	60	823	291	1114	1097	1133,6	1329,6
Uebrige Deutsche:																						
Baden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2	1,8
Braunschweig	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,4	0,4
Hessen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,0	1,4
Oldenburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,8	—
Preussen	7	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	8	9	2,6	5,0
Reuss-Schleiz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,8	1,0
Sachsen-Coburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2	4	3,2	2,2
Sachsen Königreich	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	3	4,6	1,4
Sachsen-Meiningen	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	3,0	4,0
Sachsen-Weimar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	3	2	2,0	1,4
Schwarzburg-Rudolstadt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,6	—
Württemberg	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	3	2	11	2	13	11	12,6	9.2
Ausländer:																						
America	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	2	2	0,6	—
Frankreich	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2
Italien	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1,0	0,2
Oesterreich	5	4	1	2	1	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	10	7	17	19	25,2	21,2
Russland	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,4	—
Schweiz	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	0,6	2,2
Unbekannt	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	0,4	0,6
III. Stand und Beruf.																						
Apotheker, bezw. Pharmaceuten	4	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	3	—	2	—	14	—	14	22	27,2	46,0
Aerzte, nicht approb., bezw. Mediciner	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3,0	5,6
Arztens-Gattin bezw. Wittwe	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1,4	1,6
Badebesitzer	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	—	3	4	3,0	4,4
Bauern, Söldner, Austrägler	42	27	31	32	5	—	6	4	14	1	2	1	10	1	25	8	135	74	209	219	234,8	277,6
Beamte, öfftl. Bedienstete bzw. Frauen	3	—	2	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	10	—	10	12	15,4	27,8
Chirurgen, Bader, Zahnärzte	69	1	79	3	6	—	72	—	28	1	71	—	11	—	52	1	388	6	394	364	405,6	451,4
Dienstboten, Taglöhner, Arbeiter	11	7	2	4	1	1	—	3	1	1	1	1	3	4	7	6	26	27	53	57	59,6	51,6
Geistliche	5	—	4	—	1	—	7	—	—	—	1	—	1	—	8	—	27	—	27	22	27,0	44,8
Gewerbetreibende	43	20	12	11	6	3	9	5	12	4	8	3	8	2	23	18	121	66	187	188	178,8	211,2
Hebammen	—	4	—	14	—	1	—	4	—	—	—	2	—	—	—	6	—	31	31	28	37,8	52,4
Kaufleute, Händler, Krämer	28	4	7	—	—	—	1	—	—	—	4	1	2	—	6	3	48	8	56	49	52,4	52,4
Lehrer	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	1	5	6	5,6	8,0
Literaten	3		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	3	0,6	—
Masseure, Hydropath., sonst. Specialist.	6	1	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	1	—	10	2	12	10	4,2	—
Ordensschwestern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	2	1,0	0,6
Privatiers, Pensionäre	4	8	7	6	—	—	—	—	1	1	1	2	—	1	2	5	15	23	38	44	28,0	39,0
Thierärzte	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1,8	2,0
Todtengräber	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	1,2	1,0
Wasenmeister, bzw. Frauen, Wittwen	10	9	6	8	—	—	7	3	1	1	2	2	1	2	5	3	32	28	60	62	62,2	73,8
Unbekannten Berufs oder berufslos	2	13	2	1	3	1	3	4	2	2	5	1	3	1	9	9	29	32	61	52	43,4	30,6
IV. Art der Ausübung der Heilkunde.																						
Arzneimittel-Bereitung u. Verkauf	80	39	3	7	—	—	6	—	12	4	17	1	5	2	21	11	144	64	208	207	183.0	178,4
Augenkrankheiten	—	1	—	1	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	1	4	4	8	8	14,0	19,4
Bandwurmcuren	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	1	2	—	—	1	—	10	2	12	6	8,0	4,6
Baunscheidtismus	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2	2	2,2	3,8
Chirurgie	13	4	8	3	1	—	—	—	3	—	3	—	5	—	9	—	42	7	49	70	50,8	51,6
Diphtherie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,6	2,0
Elektricität	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	0,6	1,2
Elektro-Homöopathie	5	1	—	1	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	2	—	8	4	12	12	9,8	10,4
Fracturen, Luxationen	22	7	19	12	6	1	3	—	8	—	1	—	—	—	2	1	61	21	82	68	76,0	75,0
Frauen- und Kinder-Krankheiten	1	6	1	8	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	1	2	3	21	24	21	33,0	38,4
Geheimmittel, Sympathie	14	16	11	20	—	1	5	4	8	2	3	2	9	4	16	14	66	63	129	118	128,8	243,6
Gelbsucht	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1,2	2,6
Hautkrankheiten, Rothlauf	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1,4	2,2
Hebammendienste, unbefugte	—	—	—	13	—	—	—	8	—	—	—	1	—	3	—	9	—	34	34	43	36,4	49,4
Heilkunde, gesammte	47	7	63	6	—	—	64	2	23	—	40	1	14	1	53	8	304	25	329	333	399,2	400,4
Homöopathie	7	5	21	3	6	2	8	1	—	1	5	—	7	1	12	5	66	18	84	87	80,6	119,8
Hydropathie	6	—	3	—	2	1	2	—	1	—	1	—	—	—	5	—	20	1	21	13	6,0	2,2
Hypnotisiren	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,4	—
Kehlkopfleiden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2	0,6
Kropf	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2	1,2
Magnetismus	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	7	3	10	6	6,4	5,2
Massage	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	4	—	4	4	2,0	—
Medicin, interne	21	5	14	2	1	—	6	2	3	—	6	1	—	—	1	1	52	11	63	71	73,2	86,4
Naturheilkunde	1	—	1	—	1	—	1	—	1	1	7	—	1	—	2	1	15	2	17	10	3,0	1,4
Ohrenkrankheiten	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	2,2	0,8
Orthopädie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1,4	1,0
Rheumatismus, Gicht	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	6,6	12,0
Syphilis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,8	1,0
Unterleibsbrüche	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	1	2,8	3,8
Uroskopie	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	1	3	5	4,0	2,6
Wunden, Geschwüre, Panaritien	—	1	6	2	1	—	1	—	2	2	5	3	1	—	5	7	21	15	36	34	39,6	41,4
Zahnheilkunde	5	—	—	—	4	—	—	—	1	—	3	1	—	—	5	—	18	1	19	10	10,2	10,4
Uebr. Heilmeth. u. solche unbek. Art	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	4	—	—	—	4	2	9	3	12	18	9,4	9,0

Zahl der zur Ausübung der Heilkunde nicht approbirten Personen im Verhältniss zur Bevölkerungszahl.

Regierungsbezirke	Zahl der nicht approbirten Heilkünstler								Auf je 100000 Einwohner treffen nicht approb. Heilkünstler							
	1894	1893	1892	1891	1890	1889	1889—93	1884—88	1894	1893	1892	1891	1890	1889	1889—93	1884—88
Oberbayern . .	328	321	340	293	315	304	314	307	28,0	29,1	30,0	26,6	28,6	29,4	28,6	30,1
Niederbayern . .	233	244	263	242	246	272	253	313	35,0	36,7	39,5	36,4	37,0	40,7	38,1	47,1
Pfalz	30	23	24	26	26	27	25	29	4,0	3,15	3,2	3,6	3,6	3,8	3,4	4,1
Oberpfalz . . .	131	113	113	121	112	138	119	142	24,35	21,0	21,0	22,5	20,8	25,4	22,1	26,2
Oberfranken . .	77	78	86	100	100	99	93	105	13,5	13,6	15,0	17,4	17,5	9,4	14,6	18,2
Mittelfranken . .	112	118	105	102	115	113	111	134	15,5	16,8	14,8	14,55	16,4	16,5	15,8	19,9
Unterfranken . .	53	56	63	61	58	60	60	71	8,6	9,05	10,2	9,9	9,4	9,7	9,6	11,4
Schwaben . . .	204	199	190	184	198	203	195	238	29,9	29,8	28,2	27,5	29.7	30,8	29,3	36,2
Königreich . .	1168	1152	1184	1129	1170	1216	1170	1339	20,4	20,6	20,95	20,2	20,9	22,2	20,9	24,5

Curpfuscher-Zusammenstellung.

Regierungsbezirke	1894			Regierungsbezirke	1894		
	m.	w.	i. G.		m.	w.	i. G.
I. Unmittelbare Städte und die 11 grösseren Städte der Pfalz				II. Bezirksämter ohne die 11 grösseren Städte der Pfalz			
Oberbayern	66	22	88	Oberbayern	168	72	240
Niederbayern	6	4	10	Niederbayern	147	76	223
Pfalz	8	4	12	Pfalz	15	3	18
Oberpfalz	3	1	4	Oberpfalz	105	22	127
Oberfranken	5	4	9	Oberfranken	61	7	68
Mittelfranken	20	4	24	Mittelfranken	78	10	88
Unterfranken	3	4	7	Unterfranken	39	7	46
Schwaben	17	15	32	Schwaben	125	47	172
Summe I.	128	58	186	Summe II.	738	244	982

Königreich: 866 männl., 302 weibl., 1168 im Ganzen.

IV. Die einzelnen Arten der Pfuscherei

gruppiren sich in folgender Weise (die eingeklammerten Zahlen waren die vorjährigen): Arzneimittelbereitung und Verkauf 208 (207), Augenkrankheiten 8 (8), Bandwurmabtreibung 12 (6), Baunscheidtismus 2 (2), Chirurgie 49 (70), Elektricität 1 (2), Elektrohomöopathie 12 (12), Fracturen und Luxationen 82 (68), Frauen- und Kinderkrankheiten 24 (21), Geheimmittel und Sympathie 129 (118), Gelbsucht 1 (1), Rothlauf, Hautkrankheiten 1 (—), unbefugte Hebammendienste 34 (43), gesammte Heilkunde 329 (333), Homöopathie 84 (87), Hydropathie 21 (13), Magnetismus 10 (6), Massage 4 (4), interne Medicin 63 (71), Naturheilkunde 17 (10), Ohrenkrankheiten 2 (1), Rheumatismus, Gicht 1 (—), Unterleibsbrüche 4 (1), Uroskopie 3 (5), Wunden, Geschwüre, Panaritien 36 (34), Zahnheilkunde 19 (10), unbekannter Art blieben Heilmethoden 12 (18).

Referate und Bücheranzeigen.

Max Nordau: Entartung. 2. Auflage. Berlin, Dunker, 1893. 2 Bände. Preis 13 M.

Dr. **William Hirsch: Genie und Entartung.** Eine psychologische Studie. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. E. Mendel. Berlin und Leipzig, Coblentz, 1894. 340 Seiten. Preis 6 M.

Nordau's Buch ist eine Frucht der von Lombroso inaugurirten Richtung, welche es für nöthig erachtet, nicht nur das Verbrechen zu sühnen und das Kunstwerk zu betrachten, sondern auch die Urheber von auffallenden Thaten und Werken zu studiren. Nordau greift eine Anzahl eigenartiger Bestrebungen in der modernen Kunst und Wissenschaft heraus und sucht nachzuweisen, dass ihre Urheber pathologische Naturen sind, und dass ihre Erfolge in der Erschöpfung der maassgebenden Kreise unseres durch plötzliche Culturfortschritte überanstrengten Geschlechtes begründet seien.

In einem ersten Abschnitte werden die Ursachen und Symptome dieser Ueberanstrengung beschrieben. Hierauf werden — unter dem Titel „Der Mysticismus" — vorgeführt die Präraphaeliten, die Symbolisten, der Tolstoismus, der Richard Wagnerdienst und die „Parodieformen der Mystik" (Occultismus, Péladan, Maeterlinck etc.). Die Parnassier, Diaboliker, Decadenten und Aestheten, der Ibsenismus von F. Nietzsche werden in dem der „Ich-Sucht" gewidmeten Capitel behandelt, während das vierte Buch den Realismus mit Zola und seinen Nachäffern bespricht.

Für die Zukunft erwartet Nordau, dass die Krankheit überwunden werde. Zur richtigen Behandlung derselben fordert er unter Anderem, dass das Publicum über psychiatrische Dinge mehr aufgeklärt werde. Damit hat er unbedingt Recht; auch die zunehmende Hartnäckigkeit der Angriffe auf die Irrenanstalten ist gewiss nicht zum kleinsten Theil der Abschliessung der Psychiatrie, deren Resultate dem Laien viel zu wenig bekannt sind, zu verdanken.

Die lebhafte Darstellung Nordau's mit seinem oft recht drastischen Styl macht das Buch zu einer angenehmen Lectüre. Inhaltlich gibt es, wie bei einem so neuen Stoff nicht anders zu erwarten, recht Vieles auszusetzen. Die Eintheilung in Mystiker, Ichsüchtige und Realisten steht natürlich auf noch schwächeren Füssen als irgend eine Classification der Paranoia; die Zusammenfassung der zunehmenden neuro- und psychopathologischen Zustände unter dem Namen der Zeithysterie ist etwas sehr Willkürliches; die „Degeneration" ist bei Nordau kein bestimmterer Begriff als in der psychiatrischen Literatur und das Detail wimmelt von unbewiesenen oder falschen Annahmen, falscher Anwendung psychiatrischer Begriffe u. dgl. Verf. nimmt z. B. gar zu leicht Sinnestäuschungen, Wahnideen, Zwangsideen und solche scharf definirte Abnormitäten an, wo der Beweis für ihr Vorhandensein im gewöhnlichen Sinne vollständig fehlt, und aus den Reden erdichteter Personen wird oft unvorsichtig auf die Gedanken des Dichters geschlossen. In den mehreren Bogen, welche Nordau Zola widmet, werden ausser der Notiz in der Anmerkung p. 447, welche zu beweisen scheint, dass Zola sexuell abnorm sei, keine sicheren Beweise für die Psychopathie dieses berühmtesten Naturalisten gegeben; die Pornographie ist eben ein einträgliches Metier und kann auch ohne inneren Zwang getrieben werden.

Und doch hat Nordau ein grosses Verdienst. Schon die Idee, endlich einmal von einem wissenschaftlichen, nicht mit dem Geschmack wechselnden Standpunkt aus den Verirrungen in der Kunst und Literatur zu Leibe zu gehen, ist eine fruchtbare und nützliche, denn die geistreichen Tollheiten Nietzsche's werden sowohl von Philosophen als von Laien ernst genommen, die Phantastereien Tolstoi's erweisen sich gar nicht als ungefährlich und wenn der Schöpfer des blödsinnigen „Brand" nicht mehr als grosses Genie angestaunt wird, so kann das einer vernünftigen Geistesrichtung in der Literatur nur nützlich sein. Trotz aller Mängel hat Nordau den Beweis geleistet, dass die Meisten der angezogenen „Grössen" krankhafte Naturen sind und in erster Linie ein krankhaftes Publicum begeistern. Es ist zu hoffen, dass Andere mit besserer psychiatrischer Bildung das Werk weiter führen und es ist sehr zu wünschen, dass einmal auch gewisse Classen von Politikern unter die psychiatrische Loupe genommen werden; man wird da gewiss Abnormitäten finden, welche die „psychopathischen Minderwerthigkeiten" an Bedeutung noch übertreffen.

Hirsch umschreibt zunächst die Grenzen des Irreseins in einer jedem Gebildeten verständlichen Weise, gibt dann eine Psychologie des Genies, welche darin gipfelt, dass es keine Definition desselben gebe, weil den Genies auf verschiedenen Gebieten die verschiedenartigsten psychologischen Bedingungen zu Grunde liegen. Hierauf folgt eine Vergleichung von Genie und Irrsinn, die weil beide unbestimmte Grössen sind, manchem bedenklich erscheinen soll. Gegen Lombroso polemisirend, kommt H. zu dem Schluss, dass das wahre Genie nicht pathologisch sei und sich von dem krankhaften Pseudogenie wesentlich unterscheide. Indessen hat Lombroso doch, trotz aller seiner Schwächen, wenigstens den Beweis geliefert, dass ein Theil der allgemein als Genie bezeichneten Männer Psychopathen waren, Hirsch aber beweist nicht in einem einzigen Fall die Normalität der auffallenden Symptome. Wenn er an die psychologische Analyse Göthe's herantritt, so kann er „mit Recht von der Prämisse ausgehen, dass es sich um einen geistig gesunden Menschen handle". Mit einer solchen Petitio principii kann man freilich Alles beweisen. Hirsch verlangt beim Genie eine harmonische Ausbildung der verschiedenen psychischen Factoren. War, um nur eines zu erwähnen, die Moral Göthe's in seinem Verkehr mit dem anderen Geschlecht auf der Höhe seiner Intelligenz? Göthe's Hin- und Herschwanken zwischen Extremen, seine Depression bis zu Selbstmordgedanken unter äusserlich ganz glücklichen Umständen wird einfach als Feinfühligkeit des Genies bezeichnet und für gesund erklärt. Verfasser ist aber weit entfernt nachgewiesen zu haben, worin der Unterschied besteht. Die Behauptung: „der geübte Psychiater wird ohne Schwierigkeit unterscheiden können zwischen dem Stimmungswechsel, wie ihn Göthe an sich beobachtete und . . . zwischen der Launenhaftigkeit eines hysterischen Weibes", wird allerdings unwidersprochen bleiben, denn Göthe war kein hysterisches Weib; war er aber desswegen nicht doch pathologisch? Das bleibt eben noch zu untersuchen.

Im folgenden Capitel wird die Entartung besprochen, natürlich ohne diesen räthselhaften Begriff mit seiner unglücklichen Benennung bestimmter zu umschreiben, denn dies ist wohl eine unlösbare Aufgabe. Es schliesst sich an der Einfluss der Erziehung auf das Genie, die Zeithysterie, Kunst und Irrsinn. In den letzteren beiden Capiteln wird die Existenz einer Zeithysterie im Nordau'schen Sinne geläugnet und das Buch Nordau's überhaupt zu widerlegen versucht. Wie oben gesagt, ist letzteres in Bezug auf manche Details sehr leicht; Verfasser gibt auch andere bis zu einem gewissen Grad sicher berechtigte Erklärungen für die Entstehung von in Extremen sich bewegenden Schulen, im Wesentlichen aber bleibt er auch hier den Beweis für seine Anschauungen schuldig. Wenn man Nordau's Buch nicht kennte, bekäme man nach dem, was Hirsch bekämpft, auch einen vielfach falschen Begriff von Nordau, dem es z. B. nicht einfällt zu sagen, alle Impressionisten seien pathologisch, und der manche seiner angreifbaren Behauptungen nicht selbst erfunden hat, so z. B. die Theorie von den dynamogenen Farben und von der depressiven Wirkung des Violett, welche von französischen Aerzten erfunden worden und in Frankreich noch verbreitete Geltung hat. Ferner liessen sich viele der Einzelausführungen des Verfassers so gut angreifen wie diejenigen Nordau's.

Das längste und letzte Capitel ist der Verherrlichung Richard Wagner's gewidmet. Man kann sich bei der Lectüre dieses Abschnittes des Eindrucks nicht erwehren, dass das ganze Werk seinetwegen geschrieben sei.

Trotz der oben hervorgehobenen Mängel ist das Buch interessant, anregend und natürlich im wohlthuenden Gegensatze zu den „Entartungen" mit psychiatrischem Verständniss geschrieben. Wer nicht genug Kenntnisse hat, um alle die Unrichtigkeiten Nordau's zu bemerken thut gut, auch Hirsch zu lesen — aber ebenfalls nicht ohne kritische Reserve.

Bleuler-Rheinau.

Cesare Lombroso: Die Anarchisten. Eine criminal psychologische und sociologische Studie. Nach der zweiten Auflage des Originals deutsch herausgegeben von Dr. H. Kurella. Mit einer Tafel und 5 Text-Abbildungen. Hamburg 1895. 139 Seiten.

Wenn Lombroso vorgeworfen werden will, dass er das Verbrecherthum einseitig durch die Beanlagung des Verbrechens erklären, und das Milieu, welches dasselbe hervorgebracht, vernachlässige, so muss dieses Buch ausgenommen werden. Hier sind die socialen und politischen Zustände, welche gewisse Verbrecher und Fanatiker, die unter anderen Umständen sich in anderer Weise hervorgethan hätten, zu Anarchisten machte, zwar kurz aber scharf und deutlich gezeichnet. Die bittere Kritik derselben gibt dem ersten Capitel einen ganz revolutionären Anstrich, und die in der Vorrede ausgesprochene Befürchtung des Autors, es werde sich vielleicht der Dolch des Anarchisten und der Säbel des Schutzmannes gleichzeitig gegen ihn richten und so seine Exactheit und Unparteilichkeit beweisen, ist nicht ganz aus der Luft gegriffen. Leider vergisst L., deutlich zu sagen, dass er eigentlich nur von italienischen Zuständen redet und dass es Länder gibt, auf die dann doch seine Schilderung noch lange nicht passt; in diesen Ländern ist allerdings der Anarchismus nicht von grosser Bedeutung, was sehr für die Deductionen Lombroso's spricht. Immerhin wird der objective Leser noch manches finden, das auch für uns eine bittere Wahrheit ist.

Die folgenden Capitel besprechen an der Hand von einzelnen Fällen die verschiedenen Classen von Anarchisten: die Verbrecher unter denselben (z. B. Ravachol), die Epileptiker, Hysteriker, die Geisteskranken, diejenigen, welche das Attentat als Mittel zum indirecten Selbstmord benutzen, die Leidenschafts-Verbrecher; ferner wird eingehend das Verhältniss des Altruismus zum Anarchismus erörtert, wobei sich herausstellt, dass manche Anarchisten durch Fanatismus auf falsche Bahnen gekommene Altruisten sind. Kurz werden dann noch der Philoneismus der Anarchisten, die in Frage kommenden kosmischen, ethnologischen und wirthschaftlichen Factoren besprochen und endlich auch die vorbeugenden Maassregeln angeführt, die allerdings zum grossen Theile in's Gebiet der frommen Wünsche gehören.

Natürlich gibt es bei den Einzelausführungen auch in diesem Buche Lombroso's Manches zu bezweifeln oder zu bestreiten; auch der Gegner wird aber zugeben müssen, dass es eine Menge genialer und richtiger Gedanken enthält.

Bleuler-Rheinau.

Dr. **L. Flatau** und Dr. **H. Gutzmann**-Berlin: **Die Bauchrednerkunst.** Geschichtliche und experimentelle Untersuchungen. Leipzig, Verlag von Ambr. Abel.

Die auf dem Gebiete der Sprachanomalien bereits rühmlichst bekannten Verfasser haben sich der eben so schwierigen wie interessanten und dankbaren Arbeit unterzogen, die Bauchrednerkunst zum Gegenstand ihrer Darstellungen zu machen. Von dem geheimnissvollen Dunkel, das diese Kunst im Alterthum und Mittelalter umschwebte und der mystischen Verehrung ist nichts mehr übrig geblieben. Sie bietet am heutigen Tage in der Gesellschaft eine interessante Unterhaltung, in der Wissenschaft ein wichtiges Untersuchungsobject. Freilich gehen die Ansichten der Forscher über den Vorgang des Bauchredens noch sehr auseinander, was theilweise in der geringen Zahl passender Objecte, theils in der Geheimnissthuerei und dem Widerwillen solcher Berufskünstler gegen wissenschaftliche Untersuchungen seinen Grund hat. Die eigenen Untersuchungen der Verfasser erstreckten sich zwar nur auf 6 Personen, doch liessen sich gewisse constante Resultate erzielen.

Die Stellung des Kehlkopfes beim Bauchreden ist verschieden, bald bleibt dieselbe unverändert, bald steigt der Kehlkopf beim Phoniren höherer Töne herab, bald hinauf. Die Gaumenbögen werden sehr straff gespannt und verlaufen im spitzen Winkel nach oben, das Zäpfchen zeigt im Ganzen keine erhebliche Abweichung von der Gestaltsveränderung bei Fisteltönen. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergibt, dass beim Bauchreden die Stimmbandstellung einen Uebergang oder eine

Mittelstellung bildet von der Phonationsstellung für die Fistelstimme zu den Verschlussstellungen beim Husten oder Pressen. Der Umfang der Bauchrednerstimme ist im Anfange sehr gering, erreicht aber bei wachsender Uebung einen so grossen Umfang, dass Gesang producirt werden kann. Zur Hervorrufung von Täuschung ist es nöthig, dass die Articulationsbewegungen des Mundes und der Lippen eliminirt oder auf ein Minimum reducirt werden, was von den Ventriloquisten stets aber noch in verschiedener Art geschieht. Der phonatorische Luftverbrauch ist bei Bauchrednern beträchtlich kleiner. Die Erlernung der Bauchrednerkunst halten die Verfasser für schwierig und zeitraubend; einen Schaden haben sie selbst bei anstrengender Uebung nicht gesehen.

Verfasser glauben, dass das Bauchreden forensische Bedeutung habe, weil damit viel Unfug bei Geistererscheinungen, Spukgeschichten und Betrugsversuchen getrieben werde. Die interessanten Details, die Mittel zur Erhaltung der Illusion, die Apparate und Wahl des Ortes, störende Einflüsse, persönliche Disposition betreffend, müssen im Original nachgesehen werden.

Prof. Schech.

Prof. **J. M. Charcot: Poliklinische Vorträge.** Uebersetzt von Dr. S. Freud. Leipzig und Wien. Deuticke. 1893.

Mit der 5. Lieferung ist nun der erste Band dieser auf Seite 646 der „Münch. Med. Wochenschr.", 1893, angezeigten Vorträge abgeschlossen. Was damals Gutes davon gesagt wurde, könnte jetzt nur wiederholt werden. Unter den behandelten Gegenständen sind etwa hervorzuheben: Paralysis agitans, alkoholische Lähmungen, rhythmische, genuine und Huntington'sche Chorea, Differenzial-Diagnose zwischen kapsulärer und hysterischer Hemianästhesie, Mercurialtremor etc.

Bleuler-Rheinau.

O. Dornblüth: Compendium der Psychiatrie. Für Studirende und Aerzte. Leipzig 1894, bei Veit & Comp.

Wir haben an Lehrbüchern der Psychiatrie und zwar an guten Lehrbüchern keinen Mangel; trotzdem wird Manchem ein kurzes Compendium wie das Dornblüth'sche willkommen sein. Ohne allem grundsätzlich zuzustimmen, was Verfasser bringt, müssen wir anerkennen, dass er es verstanden hat, in knapper Form den grössten Theil unseres psychiatrischen Wissens und Könnens zusammenzustellen. Wir können daher das Büchlein allen denen, welche sich rasch gelegentlich über das Wichtigste im einzelnen Falle orientiren wollen, nur empfehlen.

A. Cramer-Göttingen.

Neueste Journalliteratur.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Berlin, 1895. Band II. Heft 1.

1) Dr. Westphalen: **Vesicofixatio und Ventrofixatio uteri.**

Verf. betont die Vortheile der Ventrofixation gegenüber den vaginalen Methoden und bespricht die Indicationen der ersteren. Gegen sämmtliche gebräuchlichen Methoden der Ventrofixation ist der Einwand zu erheben, dass durch die Fixation des Corpus uteri oder der Ligamenta rotunda an die vordere Bauchwand die Vorbedingungen einer inneren Darmeinklemmung geschaffen werden. Zwei derartige Fälle aus der Literatur werden angeführt. Diesem Nachtheile sucht man an der Greifswalder Klinik dadurch zu begegnen, dass bei jeder Ventrofixation die Excavatio vesico-uterina durch Vernähung der beiden Peritonealblätter verödet, der Uterus also auf die Blase aufgenäht wird. Es genügt hierzu eine einfache, in der Medianlinie gelegene fortlaufende Catgutnaht. — 42 Fälle sind derart mit befriedigendem Erfolge operirt, eine Frau ist an Lungenembolie verstorben. Die Function der Blase soll — und dies auch nur in der ersten Zeit — sehr wenig beeinflusst werden.

2) H. v. Woerz: **Ueber die an der geburtshilflichen Klinik Prof. Schauta's in Wien in den Jahren 1892—1894 beobachteten Verletzungen des mütterlichen Dammes.**

Die fleissige Arbeit gründet sich auf 8495 an der genannten Klinik beobachtete Geburten. Aus der ausführlichen Arbeit mögen hier nur die Schlusssätze angeführt werden:

1. Die Frequenz der Dammverletzungen bei Geburten steigt in geradem Verhältnisse mit dem Gewichte der geborenen Kinder.

2. In den Geburtsfällen, bei welchen ein Dammschutz nicht zur Anwendung kommt, sind Läsionen des Peritoneums häufiger als bei geleistetem Dammschutze.

3. Diese vermehrte Frequenz kommt bei der Beurtheilung aller Geburten ohne oder mit ungenügender Dammunterstützung im Allgemeinen nur desshalb nicht zum sehr merklichen Ausdrucke, da unter diesen Geburten die Zahl der Mehrgebärenden und auch die Zahl der kleinen, unter 3000 g schweren Kinder um Vieles grösser, als unter normalen Verhältnissen ist.

4. Gerade in den Fällen, wo ein Dammschutz nicht geleistet wurde, kommt der Einfluss der Grösse des Geburtsobjectes auf die Integrität des Dammes besonders stark zur Geltung.

3) R. Landau: **Zur Lehre von den puerperalen Scheidengeschwüren.**

Verf. beobachtete bei einer Wöchnerin 3 Wochen post partum eine schwere Blutung. Einige Tage darauf stellte sich allmählich ansteigendes Fieber ein. Bei einer nunmehr vorgenommenen Digitaluntersuchung fand sich im geöffneten Cervix ein verjauchter Placentarrest, der sich leicht entfernen liess. Am anderen Tage wurde ein Curettement und antiseptische Irrigation des Uterus vorgenommen und hierbei in der Scheide, dicht am äusseren Muttermunde 2 correspondirende, grosse Scheidengeschwüre gefunden. Letztere wurden ebenfalls abgeschabt und heilten unter Behandlung mit Jodoformgaze-Einlagen bald ab. Einige Zeit bestand noch mässiges Fieber. (Man gewinnt bei der Lectüre durchaus den Eindruck, dass, wenn der Verf. den Placentarpolypen — etwas Anderes konnte doch kaum die starke Blutung verursachen — entfernt hätte, er dann ruhig dem von ihm vertheidigten Grundsatze „to be let alone" hätte entsprechen können.)

4) H. v. Guérard: **Schwangerschaft und Geburt bei undurchbohrtem oder nur mit einer geringen Oeffnung versehenem Hymen.**

Den wenigen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen fügt Verf. 5 neue aus der A. Martin'schen Anstalt hinzu. In 2 Fällen wurde die Geburt durch eine dünne elastische Membran lange aufgehalten, nach kreuzweiser Spaltung derselben verliefen die Geburten spontan. Im dritten Falle war bereits eine Spaltung des Hymen vorgenommen worden, derselbe aber in der Schwangerschaft wieder verwachsen. Da hieraus erhebliche Beschwerden resultirten, wurde der ganze Hymen excidirt. Die Geburt verlief ohne Störung. In zwei weiteren Fällen wurde die Schwangerschaft vorzeitig unterbrochen. Der eine dieser Fälle ist dadurch besonders interessant, dass der ausserordentlich straffe und feste Hymen nur 2 minimale Oeffnungen zeigte, von denen aus ein kurzer schräg nach vorne verlaufender Canal in die Vagina führte. Verf. glaubt, dass in diesem Falle nur durch die Eigenbewegungen der Spermatozoen die Befruchtung erklärt werden könne, da eine Deposition von Sperma in die Scheide ausgeschlossen war. Verf. nimmt an, dass der während der Geschlechtsaufregung des Weibes austretende Uterusschleim die saure Reaction des Scheidenschleimes vernichte und so den Spermatozoen der Weg durch die Vagina ermöglicht werde.

5) G. Heinricius: **Ein seltener Fall von Puerperal-Fieber (Endometritis diphtheritica, Dermatomyositis etc.)**

Eine Mehrgebärende erkrankt am dritten Tage nach der spontan verlaufenen Geburt mit Schüttelfrost und hohem Fieber. In den nächsten Tagen waren die Lochien etwas übelriechend, keine Erscheinungen von Peritonitis, continuirliches hohes Fieber. An beiden Unterschenkeln und Vorderarmen zeigten sich schmerzhafte Anschwellungen, Haut nur über den geschwollenen Stellen fleckig geröthet, äusserst empfindlich, an den Armen ausserdem von grösseren und kleineren Blasen mit wasserartigem Inhalte besetzt. Die Wöchnerin machte einen septischen Eindruck und verstarb am 10. Tage. Bei der (unvollständigen) Section fand sich weder eine Peritonitis noch Parametritis, das Endometrium mit stellenweise stärker angehäuften, grüngelben weichen Belägen bedeckt. An den entzündeten Stellen der Extremitäten fand sich Unterhautzellgewebe, sowie das intermusculäre Bindegewebe ödematös, die Muskeln selbst ödematös geschwollen, aber nicht vereitert. Aus diesen Stellen sowohl wie aus dem Endometrium konnten Streptococcen gezüchtet werden. — Zwei ähnliche Fälle — von Winckel und Waezoldt beobachtet — werden angeführt. Verf. fasst die Erkrankung als eine recht seltene Form von puerperaler Septicämie auf und glaubt, dass es bei längerem Bestande des Leidens zur Vereiterung der Musculatur gekommen wäre.

Gessner-Berlin.

Vereins- und Congressberichte.

Aerztlicher Verein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

XI. Sitzung vom 20. Juni 1895.

Herr **Zinn: Ein Fall von Fütterungs-Tuberculose mi Ausgang in Miliartuberculose.**

(Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

Herr **G. Merkel** berichtet über eine Reihe von Fällen von ulcerösen Perforationen der knorpeligen Nasenscheidewand bei Arbeitern in einer Farbenfabrik, in welcher mittelst doppelchromsauren Kali's Zinkfarben hergestellt werden. Die äusseren

Umstände und die örtlichen Befunde lassen keinen Zweifel darüber, dass die Farbe mit den Fingern auf die Nasenscheidewand gebracht wird und dort durch längeren Contact ihre ätzende Wirkung entfaltet. Die Affection beginnt mit Aetzschorfen an der linken Seite des Septums (die Arbeiter arbeiten mit der rechten Hand und haben die linke Hand frei, mit der sie alsdann in die Nase fahren), das allmählich ganz zerstört wird. Ueber das knorpelige Septum geht die Affection nie hinaus, so dass eine Missgestaltung der Nase nicht eintritt. Beschwerden haben die Arbeiter von der Einwirkung so gut wie gar keine, so dass sie bei der ersten Untersuchung von dem ihnen mitgetheilten Befund auf's höchste überrascht waren. Die Haut der Hände der betreffenden Arbeiter zeigt keinerlei Abnormität, ebenso ist die Mundschleimhaut frei. Der Vortragende ersucht die anwesenden Herren, ihm von allenfallsigen gleichen Beobachtungen bei Arbeitern in ähnlichen Betrieben Mittheilung machen zu wollen.

Herr **Schilling: Ueber subcutane Kampheröl-Injectionen.**

(Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

XII. Sitzung vom 4. Juli 1895.

Herr **Sigmund Merkel** (Demonstration).

Derselbe demonstrirt einen 31 cm langen — etwa dem 6. Monat entsprechenden — Fötus, dessen linker Unterschenkel zu zwei Dritttheilen fehlt und am unteren Ende des Stumpfes das freiliegende Knochenende des Schienbeins erkennen lässt. Der rechte Fuss befindet sich in der sogenannten Spitzfuss-Klumpfussstellung. Die Finger der linken Hand sind verkümmert. Der todtgeborene Fötus war seit etwa 8 Tagen abgestorben und dementsprechend finden sich theilweise Ablösungen der obersten Hautschicht.

Die Mutter ist eine 28jährige Frau, besitzt ein gesundes nunmehr 4 Jahre altes Kind, hat jedoch inzwischen 3 Abgänge von ebenfalls todten Kindern im 4.—6. Monat gehabt. Dieselben waren alle faultodt. Bei den 2 letzten Geburten war die Nachgeburt verwachsen und musste vom Arzte mit der Hand gelöst werden. Diesmal war ebenfalls die Nachgeburt verwachsen, die Lösung war eine verhältnissmässig schwierige, da mit den Fingern einzelne Stränge zwischen Gebärmutter und Mutterkuchen förmlich abgekneipt werden mussten.

Die Nachgeburt zeigte stellenweise hellgelbliche Verfärbung, stellenweise Blutaustretungen, so dass die Wahrscheinlichkeit — ebenso wie die grosse Anzahl von bereits stattgehabten Abgängen — für Syphilis sprach.

Eine später vorgenommene Untersuchung der Frau ergab Drüsenanschwellungen an den verschiedensten Stellen des Körpers, so am Hals, in den Leistengegenden. Schliesslich fand sich noch eine für Syphilis charakteristische Entzündung im Halse. Die Frau selbst machte, trotzdem sie erst im 28. Jahre steht, den Eindruck von einer ca. 40jährigen Person. Dies erscheint hier um so auffallender, als sie selbst nicht genöthigt war, in die Arbeit zu gehen, sondern sich nur mit Hausarbeiten zu beschäftigen brauchte.

Auch diese auffallende Alterung der Frau ist wahrscheinlich auf Syphilis zurückzuführen.

Was nun diese Missbildung bei dem Kinde anlangt, so muss dies als eine sogenannte Selbstamputation angesehen werden, welche hauptsächlich durch Umschnürung des Gliedes mittels Stränge, ausgehend von der Lederhaut zu Stande kommt.

Eine derartige Selbstamputation kann ferner noch eintreten durch eine Umschnürung seitens der Nabelschnur. Diese Umschnürung, welche theils in Folge der allmählichen Schrumpfung der Stränge, theils in Folge des Wachsthums des umschlungenen Theils bei gleichbleibender Weite der Schlinge endlich zur Abtrennung des Theils führte. Entzündliche Prozesse an der Haut und in der Tiefe können ebenfalls durch narbige Zusammenziehung von vornherein die Entwickelung hemmen. In vielen Fällen kommt es nicht zu einer vollständigen Abtrennung, sondern nur zu einer tiefen Einfurchung.

Was die abgetrennte Partie anlangt, so hat man dieselbe im Eisack manchmal noch vorgefunden; wo nicht, hat die Ablösung früh stattgefunden und sind die noch weichen Theile im Fruchtwasser zerfallen und aufgelöst worden. In diesem Falle erscheint auch der Stumpf bei der Geburt vernarbt, während bei der Abtrennung in späterer Zeit die Vernarbung noch unvollständig sein kann.

Herr **Sigmund Merkel** referirt über: **Eine einfache Vorrichtung zur Erzeugung von strömenden Formaldehyddämpfen** für Desinfectionszwecke von Dr. A. Dieudonné. (Arbeiten aus dem kaiserlichen Reichsgesundheitsamt.)

Der wesentliche Unterschied zwischen der früheren und der jetzigen Anwendung des Formalins besteht darin, dass jetzt mittels Apparats reines Formaldehyd in statu nascendi in Gebrauch kommen kann gegen das frühere 40procentige Formaldehyd. Die Construction dieser Vorrichtungen beruht auf der bekannten Thatsache, dass sich Formalin durch Oxydation des Methylalkohols mittels des Sauerstoffs der Luft bildet nach der Formel $CH_3OH + O = CH_2O + H_2O$. Das Princip des von Krell angegebenen Apparates ist das der Löthlampe mit einem in das Ausströmungsrohr passenden Einsatz von Platingeflecht. Die Untersuchungen von Dieudonné ergaben, dass zur völligen Desinfection eines Raumes von etwa 28 cbm Rauminhalt 320 g reiner Methylalkohol genügen. Es wird in dem betreffenden Raum die Lampe mit dem Methylalkohol in Betrieb gesetzt und der Raum möglichst gut verschlossen. Nach 24stündiger Einwirkung der Formalindämpfe wurde das Zimmer geöffnet; die vorher ausgelegten mit den verschiedensten Sporen und Bakterien inficirten Testobjecte erwiesen sich als steril.

Herr **Sigmund Merkel** berichtet über von ihm selbst vorgenommene Untersuchungen: **Die Anwendung des Formalins auf Nahrungsmittel.** Die Versuche sind in extenso veröffentlicht in der Zeitschrift: Forschungsberichte über angewandte Chemie.

Die gefundenen Resultate sind kurz zusammengefasst folgende: Ein Zusatz von Formalin im Verhältniss von 1:5000 macht bei 25° Milch schon über 100 Stunden haltbar und ist durch den Geruch nicht wahrnehmbar, normale Milch verdirbt nach ca. 36 Stunden. Es beeinflusst jedoch der Zusatz von Formalin die Eiweisskörper der Milch in der Weise, dass sie ihre Löslichkeit in Schwefelsäure-, Essigsäure-Mischung verlieren. (Gerber'sches Verfahren zur Bestimmung des Fettgehalts der Milch): Die Ausscheidung des Caseïns bei der mit Formalin behandelten Milch ist eine dickflockige voluminöse im Gegensatz zu der feinflockigen, feinvertheilten bei der normalen Milch. Bei der Bildung von Molken verhindert Formalin die zart flockigen Ausscheidungen und erzeugt selbst einen gröber flockigen, nicht gut sich absetzenden Niederschlag; ferner erscheint auch eine theilweise Hemmung der Molkenbildung und Veränderung des Caseïns durch das Formalin bedingt zu sein. — Verdauungsversuche ergaben, dass Formalin, selbst in sehr geringer Concentration, einerseits die Verdauung hemmt, wie bei der Verdauung des Hühnereiweisses ersichtlich wurde, andererseits nicht allein hemmend wirkt, sondern auch die Milch in ihrer physiologischen Zusammensetzung ändert.

Bei der Butter nimmt der Säuregrad bei den mit Formalin versetzten Proben unendlich langsam zu im Vergleich zu der normalen Butter. — Die Zuckerbildung wird durch Formalin begünstigt, die Gährung des entstandenen Zuckers aufgehalten. — Auf Fleisch hat Formalin einen conservirenden Einfluss. — Die Frage, ob die Anwendung von mit Formalin behandelten Nahrungsmitteln ganz unbedenklich ist für den thierischen Organismus, kann schon heute theilweise entschieden werden. Die Veränderungen, welche Formalin bei der Milch zum Beispiel hervorbringt, sind für den Organismus so bedenklicher Natur, dass hier die Anwendung von Formalin entschieden verboten werden muss.

Herr **Göschel** berichtet über die **Operation eines Epiglottis- und Zungencarcinoms** und demonstrirt die Präparate.

Der Patient war dem hiesigen Krankenhaus durch Herrn Medicinalrath Lochner und Herrn Dr. Bauer zugewiesen. H. R., 36 Jahre alt, früher gesund mit Ausnahme einer luetischen Infection. Seit 5 bis 6 Monaten bestehen Athembeschwerden und Auswurf. Anfangs April wurde an der Epiglottis ein Geschwür wahrgenommen, gegen das energische Jodkalibehandlung erfolglos blieb. Die Epiglottis bildete sich allmählich in eine grosse zapfenförmige Geschwulst um. Ein zur mikroskopischen Untersuchung excidirtes Stückchen zeigte das Bild des Plattenepithelcarcinoms.

Status praes. vom 4. Juni bei der Aufnahme: Abgemagerter Mann von 77 Pfund Körpergewicht, beginnender Decubitus am Kreuzbein. Puls regelmässig, mittelvoll, 90. Temperatur 38,6. Die durch das startoröse Athmen sehr erschwerte physikalische Untersuchung ergab keine Zeichen von Erkrankung der Brustorgane. Urin eiweissfrei.

Durch Kehlkopfspiegel und Palpation wird eine Geschwulst wahrgenommen, in der die Epiglottis ganz aufgegangen ist und die besonders nach rechts auch auf den Zungengrund übergreift. Sehr mühsames Athmen. Ernährung sehr schwierig, da ein grosser Theil der Nahrung in die Trachea geräth. Keine deutliche Schwellung der Lymphdrüsen.

6. Juni. Tracheotomia inferior. Erleichterung nur gering, da das Verschlucken fortdauert und die Wunde durch das zersetzte Secret inficirt wird.

10. Juni. Operation des Carcinom. Als Voroperation wurde die Pharyngotomia lateralis d. gemacht, dabei die Arter. linqu. am grossen Zungenbeinhorn und die Maxill. ext. unter der Gland. submax. unterbunden. Beim Aufsuchen von erkrankten Lymphdrüsen war die Unterbindung der Art. linqu. s. schon vorher gemacht. Keine Lymphdrüsenerkrankung. Vor Eröffnung des Pharynx und der Mundhöhle Spaltung des Kehlkopfs in der Mittellinie, von hier aus Tamponade der Trachea. Dann vom weit geöffneten Pharynx aus Umschneidung im Gesunden und Auslösen des Carcinoms, es wurde dabei der Zungengrund quer amputirt, Epiglottis mit einem Dreieck aus der Vorderwand des Larynx weggenommen, sammt einem Theil des Zungenbeins. Vernähen der vorderen Rachenwand, Einlegen eines Schlundrohrs bis in den Magen. Tamponade der Wunde.

Patient überstand die Operation gut, die Wunde granulirte lebhaft, Ernährung gelang vortrefflich, keine Schluckpneumonie. Am 29. Juni erfolgte plötzlich eine colossale Blutung aus dem Oesophagus, der Patient in wenigen Minuten erlag.

Die Section gab dafür überraschenden Aufschluss. Es fand sich ein etwa faustgrosses Aneurysma der Aorta, welches in den Oesophagus perforirt war. Magen und Speiseröhre mit frischem und geronnenem Blut überfüllt. Lungen waren gesund, von Carcinom keine Spur mehr vorhanden.

Redner bespricht noch den Fall und hebt die merkwürdige Combination von Carcinom mit dem Aortenaneurysma hervor, das wohl der früheren Lues seine Entstehung verdankt. Die mikroskopische Untersuchung schliesst eine Verwechslung mit luetischer Erkrankung des Larynx und der Zunge aus.

Herr **Bauer** theilt im Anschluss an diesen einen weiteren Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Carcinom und Aorten-Aneurysma mit, der von ihm ebenfalls kürzlich beobachtet wurde.

In demselben handelte es sich um einen 54jährigen Patienten, der seit einigen Wochen nicht mehr im Stande war, feste Speisen zu schlucken. Die laryngoskopische Untersuchung fiel negativ aus, die Sondirung des Oesophagus ergab ein auch für dünne Sonden unpassirbares Hinderniss in der Höhe des Ringknorpels. Patient war zur Gastrostomie bestimmt, da aber nach dem Sondirungsversuch das Schlucken wieder möglich wurde, wurde der Eingriff von dem Patienten hinausgeschoben, bis ca. 5 Wochen darnach wieder absolute Undurchgängigkeit des Oesophagus vorhanden war. Aeusserer Umstände halber wurde Patient auf die chirurgische Abtheilung des Erlanger Universitäts-Krankenhauses transportirt, woselbst zuerst die hohe Oesophagotomie, und dann, als sich bei derselben eine zweite Strictur oberhalb der Cardia zeigte, die Gastrostomie gemacht wurde. 2 Tage post operat. starb der Patient. Die Section ergab 2 carcinomatöse Stricturen des Oesophagus. Die eine an der von mir diagnosticirten Stelle hoch oben, die andere oberhalb der Cardia, ausserdem ein grosses Aneurysma des Arcus aortae. Dieses Letztere war, obwohl vor der Sondirung des Oesophagus speciell daraufhin untersucht worden war, der Untersuchung entgangen. Vor üblen Zufällen bei der Sondirung schützte die hochsitzende Strictur.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 24. August 1895.

Die Errichtung von Wohlfahrts-Instituten für die Aerztekammern Oesterreichs.

Es liegt mir nunmehr das Referat vor, welches von den ad hoc eingesetzten Comités dreier Aerztekammern, der Wiener, niederösterreichischen und mährischen, in gemeinsamer Berathung behufs Errichtung von Wohlfahrts-Instituten für die Aerztekammern Oesterreichs erstattet wurde. Es ist dies ein grösseres Elaborat, an dessen Ausarbeitung sich auch ein hervorragender Versicherungstechniker — Docent Dr. Ernst Blaschke — betheiligte. Im Nachfolgenden möchte ich dieses Referat, welches nunmehr allen Aerztekammern Oesterreichs zur weiteren Berathung und event. zur Annahme übersendet wurde, in Kürze analysiren.

Die Aerztekammern sind, ihrem Statute zufolge, verpflichtet, Wohlfahrts-Institute zu errichten, damit allen Collegen im Falle zeitweiliger oder dauernder Erwerbsunfähigkeit, im Falle des Todes aber ihren Hinterbliebenen (Wittwen und Waisen) eine finanzielle Unterstützung gewährt und so die Aerzte und ihre Familien vor unverschuldetem wirthschaftlichen Ruine bewahrt werden. Eine nothwendige Voraussetzung des Gelingens dieser Idee ist aber die obligatorische Versicherung, der Versicherungszwang, wiewohl nicht zu leugnen ist, dass der Begriff des Zwanges, besonders für Aerzte, etwas Abschreckendes habe. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Aerzte, sagen die Referenten, machen derzeit von der durch allgemeine und ärztliche Versicherungs-Gesellschaften gebotenen Gelegenheit keinen Gebrauch und liegen die Gründe hiefür theils in der Eigenschaft des ruhelosen ärztlichen Berufes und der Unregelmässigkeit der Einnahmen, theils in dem Optimismus und der wirthschaftlichen Unerfahrenheit vieler Aerzte, wohl auch in einer gewissen Indolenz (ach, wie oft habe ich an dieser Stelle auf diese „gewisse Indolenz" hingewiesen!), welche die Ereignisse an sich herantreten lässt, am seltensten (?!) im Fehlen der nöthigen Mittel.

Also Versicherungszwang, aber mit Uebergangsbestimmungen und Ausnahmen, damit die älteren Aerzte nicht sofort von sehr hohen Prämien betroffen würden. Es sollen die kammerpflichtigen Aerzte, welche zur Zeit der Festsetzung der obligatorischen Versicherung das 40. Lebensjahr bereits erreicht haben, von der Versicherungspflicht für Altersrente befreit bleiben, ebenso von der Versicherungspflicht für Wittwen- und Waisenpensionen diejenigen verheiratheten Collegen, welche mindestens 50 Jahre alt sind. Endlich sind jene Aerzte vom Versicherungszwange befreit, welche für sich und ihre Angehörigen in Folge öffentlicher oder privater Anstellungen eine Pensionsberechtigung besitzen, vorausgesetzt, dass diese eine Anwartschaft auf Renten gleicher Art und Höhe gibt, wie die für alle kammerpflichtigen Aerzte in Aussicht genommenen.

Von einer Versicherung für den Fall einer Erkrankung wird abgesehen; diese Art der Versicherung möge kleineren, örtlich auf enge Grenzen beschränkten Vereinen überlassen bleiben. Auch eine Invaliditätsversicherung wird abgelehnt, weil man den Begriff der Arbeitsunfähigkeit überhaupt, oder die Unfähigkeit zur Berufsarbeit gerade beim Arzte schwer definiren könne; sodann sei es eine bekannte Thatsache, dass eine grosse Anzahl von Aerzten trotz hochgradiger körperlicher Gebrechen den Beruf ausübe, also weiter erwerbe — trotz factischer Invalidität. (Leider!)

Die Altersrente soll jährlich 400 fl. betragen, zahlbar vom 65. Lebensjahre. Die Pflicht zur Altersrentenversicherung soll mit dem Tage der Anmeldung der ärztlichen Praxis beginnen und hört selbstverständlich die Prämienzahlung mit dem Bezuge der Rente auf. Jeder Rentenversicherung liegt eine von den Einzahlungen und der Versicherungsdauer abhängige Reserve zu Grunde, welche in Rentenform jedem Versicherten jederzeit (zumal bei vorzeitiger totaler Invalidität) freigegeben werden kann. Es können daher vorzeitig erwerbsunfähige Collegen in den Bezug einer Invaliditätsrente treten, deren Höhe selbstverständlich stets geringer sein wird, als die volle Altersrente.

Als Höhe der Wittwenpension wurde der Betrag von jährlich 400 fl. in Aussicht genommen; die Versicherungspflicht soll mit der Verheirathung beginnen. Die Waisenpensionen sollen 50 fl. jährlich pro Kopf betragen, mit der Beschränkung, dass Waisen aus derselben Ehe zusammen höchstens 200 fl. jährlich erhalten können. Die Auszahlung der Waisenpensionen soll bis zum 20. Jahre erfolgen und wird als unabhängig von Leben und Tod der Mutter gedacht.

Im Weiteren werden im Referate die Gründe für die Errichtung eigener Versicherungsinstitute erörtert. Andere Institute mit facultativem Beitritte treffen bei der Wittwen- und Waisenversorgung stets eine Auslese, insofern sie naturgemäss bloss körperlich Gesunde aufnehmen; hiebei würden also gerade diejenigen Aerzte, bei welchen das Ableben in naher Aussicht steht, welche also die Versicherung augenblicklich am nothwendigsten hätten, abgewiesen. Nur ein Versicherungs-

institut der Aerzte Oesterreichs, in welchem alle Versicherungspflichtigen Aufnahme finden müssen, kann diesem Umstande begegnen.

Hinsichtlich der Altersversicherung wäre wohl eine bedingungslose Aufnahme gewiss; aber die Ueberwachung der Collegen bezüglich des Abschlusses und der jährlichen Fortdauer einer solchen Versicherung bei anderen Gesellschaften wäre allzu mühsam und auch odios, sie würde viel Zeit und Mühe kosten — fast so viel, als für die gesammte Leitung einer eigenen Versicherungsanstalt nöthig ist. Endlich wird darauf gerechnet, dass solchen ärztlichen Anstalten im Laufe der Zeit durch Schenkungen und Vermächtnisse von den Freunden des ärztlichen Standes ausserordentliche Eingänge zufliessen würden, ein Umstand, welcher später zu einer erheblichen Prämienverminderung für die Mitglieder führen kann.

Zur Durchführung der obligatorischen Versicherung der Aerzte kann entweder von sämmtlichen Aerzten Oesterreichs ein einziges Institut errichtet werden, welches sich der einzelnen Aerztekammern zur Besorgung aller Cassengeschäfte und zur Evidenzhaltung der Mitglieder als Filialen bedient, — oder es kann in jedem Sprengel einer Aerztekammer (oder immer für mehrere Aerztekammern, welche sich vereinigen, mindestens für je 200 Aerzte) je eine Hilfscasse errichtet werden, welche Cassen aber gewisse Bestimmungen gemeinsam haben. Im Referate wird die Errichtung einer gemeinsamen Hilfscasse durch sämmtliche Kammern Oesterreichs empfohlen und werden die hiefür maassgebenden Gründe angeführt.

Ohne für heute auf die weiteren Details dieses Referates, welches sich noch mit dem Sitze der Hilfscasse, mit der Nothwendigkeit des Cassenzwanges bei der Wittwenversicherung, mit der Carenzzeit für die Wittwenpensionsberechtigung (mindestens 3 Jahre), mit dem Zinsfuss der ärztlichen Hilfscasse ($3^1/_2$ Proc.), mit der Mortalität, dem Regiebeitrage, dem Kriegszuschlage etc. beschäftigt, einzugehen, möchte ich nur noch einen Ueberblick über die Höhe der Jahresprämien liefern, welcher im Referate durch einige Tabellen erleichtert wird.

Soll die Altersrente von 400 fl. mit dem 65. Lebensjahre beginnen, so müsste ein Arzt zwischen 25—40 Jahren in den ersten 5 Versicherungsjahren eine Jahresprämie von 23—58 fl. zahlen, späterhin (nach den ersten 5 Versicherungsjahren) jährlich 21—53 fl. Sollte diese Altersrente von 400 fl. schon mit dem 60. Lebensjahre[1]) beginnen, so müsste die jährliche Einzahlung Anfangs $43—114^1/_2$ fl., späterhin (s. oben) bloss 39 bis 104 fl. betragen.

Bei der Versicherung von 400 fl. als Wittwenpension schwanken die Ziffern der Jahresprämien auch nach der Richtung hin, ob und um wie viele Jahre die Frau gegenüber dem Manne jünger oder älter ist. Je älter die Frau, desto niedriger die Jahresprämie. Im Beitrittsalter des Mannes zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre variirt der Jahresbeitrag zwischen 79 und $201^1/_2$ fl., welche Ziffern nach den ersten 5 Versicherungsjahren in entsprechender Weise heruntergehen, jedoch im günstigsten Falle (Mann 30 Jahren, Frau 35 Jahren) noch immer 82 fl., im ungünstigsten Falle (Mann 50, Frau 40 Jahre) 183 fl. jährlich betragen. Ein Arzt von 30 Jahren, der eine 20jährige Gattin heimführt, hätte also Anfangs $111^1/_2$ fl., späterhin (s. oben) noch immer $101^1/_2$ fl. jährlich als Prämie zu zahlen, um seine Wittwe resp. seine Waisen nach seinem Ableben zu versorgen. Und die Aerzte heirathen in der Regel spät, da sie sich ihre Existenz erst nach langen und mühsamen Studien und jahrelangen Spitalsdiensten resp. Specialarbeiten gründen können. Die Jahresprämien werden also für manchen Arzt, der seine Praxis aufnimmt und bald darnach heirathet, eine empfindliche Last bilden.

[1]) Der Vorstand der Wiener Aerztekammer wünschte, dass als pensionsberechtigtes Alter schon das 60. Lebensjahr zu gelten habe.

II. Französischer Congress für innere Medicin.

II.

Mayet-Lyon erzeugte experimentell verschiedene Formen von Myelitis bei Maus und Kaninchen durch Injection von Krebssaft.

Mossé-Toulouse beobachtete im Gefolge der Influenza ausser Polyneuritis verschiedene Fälle von Myelitis.

Bouchard glaubt, dass gar manche Fälle von vermeintlicher Myelitis auf Arthritis zurückzuführen seien, wie er auch in 10 Fällen von Einimpfung des Bacillus pyocyaneus die krampf- und lähmungsartigen Erscheinungen mit Entzündung der Gelenke zusammenfallen sah.

Marinesco hält es für sicher, dass eine grosse Anzahl, wenn nicht alle Affectionen des Nervensystems infectiösen Ursprungs sind. Da sie jedoch zum Theil bakteriologisch und klinisch noch nicht erforscht sind, so schlägt er folgende Eintheilung für die Erkrankungen des Rückenmarks vor: 1) Krankheiten, welche sich hauptsächlich in der vorderen grauen Substanz localisiren (Haupttypus die essentielle Kinderlähmung).

2) Infectionen, deren Hauptsitz die vordere und hintere graue Substanz sind (selten vorkommend und das klinische Bild der Hämatomyelie zeigend).

3) Affectionen, welche die graue und weisse Substanz befallen und einen fortschreitenden acuten Charakter haben (Landry'sche Paralyse, Tollwuth).

4) Die verschiedenen Formen der Myelitis transversa (im Gefolge der Blattern, Tuberculose, Syphilis).

5) Affectionen, welche sich hauptsächlich in der weissen Substanz der Seitenstränge localisiren (spastische Spinalparalyse, in Verlauf der Syphilis und acuter, noch unbestimmter Infectionskrankheiten).

6) Die Halbseitenläsion des Rückenmarks (Brown-Séquard'sche Spinallähmung).

7) Affectionen, welche in diffuser Weise und in grosser Ausdehnung die weisse und graue Substanz in mehr oder weniger hohem Grade die hinteren Wurzeln befallen und einen chronischen Verlauf nehmen (Syphilis, Tuberculose und andere noch unaufgeklärte Infectionserreger).

Marineso fand nur in einem Falle von Landry'scher Paralyse und bei einer chronischen, diffusen Myelitis Mikroorganismen, man muss aber wohl deren unmittelbare und deren spätere, durch Toxine verursachte Einwirkung unterscheiden.

Charrin gelangte nach Betrachtung aller Versuche, welche zur Aufklärung der Nervenpathologie gemacht wurden, zu der Ansicht, dass man die Mikroorganismen zwar in den Nervencentren während oder kurze Zeit nach dem Beginne der Erkrankung findet, meist aber verschwinden sie, nachdem sie die Gewebszellen geschädigt haben; der Krankheitsprocess setzt sich in denselben fort, auch wenn die Infectionserreger oder deren Producte verschwunden sind. Es können nun die verschiedensten anatomischen Veränderungen entstehen: einfache Reflexlähmungen in Folge von infectiösen Gelenksentzündungen, sehr geringgradige, kaum sichtbare Störungen, acute oder chronische Entzündungen der Zellen, des Bindegewebes oder der Gefässe, Degenerationen, welche das Gehirn und Rückenmark, die Nerven und die Hirnhäute betreffen, und endlich Hämorrhagien, deren Bedeutung sowohl von der Ausdehnung wie dem Sitze des Blutaustrittes abhängt.

Ausserhalb der Tagesordnung machte Maragliano, Director der medicinischen Klinik von Genua, eine Mittheilung über die Serumtherapie der Tuberculose. Das Serum wurde im Laboratorium der medicinischen Klinik zu Genua nach einer ganz besonderen Methode gewonnen und zwar mit den toxischen Substanzen, welche aus den Reinculturen der Tuberkelbacillen ausgezogen wurden, und nicht mit den Culturen selbst, wie es bis jetzt geschah; auf eine genaue Beschreibung der Präparirung lässt sich M. nicht ein. Er hat Kranke in allen Stadien der Phthise behandelt (im Ganzen 83) und schliesst, dass das Serum die Tuberculose heilen kann, wenn sie nicht zu weit vorgeschritten, wenn nur wenig andere Bacillen mit dem Tuberkelbacillus vermischt sind. Das Fieber, wenn nicht zu hochgradig, fällt, die Bacillen verschwinden im Auswurf, die kranken Herde in der Lunge bessern sich und die Kranken bieten die Zeichen der Heilung (Gewichtszunahme bis zu 13 Kilo). „Es ist das erste Mal", sagt M., „dass eine ganze Reihe von Tuberculösen in einer Klinik durch die Serumtherapie und zwar mit Erfolg behandelt worden sind". Er zeigt schliesslich Proben seines Serums und Schemata, welche die durch die Behandlung erzielten Erfolge illustriren. —

Hanot referirte über das zweite Thema des Congresses: Die Wechselbeziehungen zwischen Leber und Darm im Lichte der Pathologie. Zwischen Leber und Darm bestehen normalerweise innige Beziehungen durch das Nerven- wie Gefässsystem, andrerseits spielt die Leber eine wichtige Rolle für die allgemeine Ernährung und ist eine Art Hemmwerk gegen das Eindringen von Giften in den Organismus; endlich ist die Leber die Bereitungsstätte der Gallenflüssigkeit. Die Leber unterhält das Gleichgewicht in der Ernährung des Darmes, sie neutralisirt unaufhörlich die Gifte, welche in denselben gelangen oder sich dort bilden, und bildet auch eine Mithilfe bei dem Verdauungsacte. Die physiologischen Dienste, welche andererseits der Darm für die Leber leistet, bestehen darin, dass er derselben einen Theil ihrer Nahrungsstoffe und ihrer speciellen Energie

zuführt, mit ihr die Verdauungsthätigkeit theilt, welche sonst noch anderen Organen zufällt und sie vielleicht auch in ihrem antitoxischen Einfluss unterstützt. Der Darm erscheint gleichsam als Vorhof für alle toxischen und infectiösen Stoffe, welche zur Leber gehen, seien dies mit der Nahrung eingeführte Substanzen, wie der Alkohol, oder Mikroorganismen und deren Toxine.

Der schädliche Einfluss des Darmes auf die Leber vollzieht sich nur so weit, als letztere, resp. ihr zeitweiliger Zustand es erlaubt. Diese Beziehungen, welche sich in pathologischer Weise zwischen Leber und Darm entwickeln können, haben die Lehre der Darmantisepsis zur Reife gebracht, da man nun vollständig begreift, dass die Darmantisepsis nicht nur direct auf die Gedärme, sondern auch indirect auf die Leber einwirkt. Wird ein Theil der Gifte schon im Darme zerstört, so wird die Leber um so mehr geschont, welche dann den Rest völlig abschwächt oder vernichtet; wenn andererseits die antitoxische Wirkung der Leber erhalten wird, so schützt man sie auch gegen die Producte der Intoxication, welche sich zu den Darmgiften selbst hinzugesellen. Die Leberstörungen, welche durch Darmkrankheiten hervorgerufen werden, sind im Anfang auf die Leberzellen selbst beschränkt, umfassen aber später auch die Blutgefässe, die Gallengänge, das Bindegewebe und die Leberkapsel; ausser der übermässigen Harnstoff- und Zuckerausscheidung entstehen Störungen in der Blutbildung, woraus der Ikterus sich ableitet. Durch den Darm gelangen aber auch die Parasiten entweder auf dem Wege der Pfortader oder des Ductus choledochus in die Leber, so der Taenia echinococcus, ferner verschiedene Distomaarten und wohl am häufigsten der Ascaris lumbricoides. Denselben Weg nehmen wahrscheinlich auch die anderen Kleinwesen; einige der unzähligen, welche der Darm beherbergt, können wie der Bacillus coli, pathogen werden, wenn das Epithel des Darmes, der Leber und der Nieren zu Verlust gegangen ist; andere sind schon von Anfang an pathogen.

Der 2. Referent, Planté, bringt die reichen Erfahrungen, welche er in den heissen Ländern, wo ja Leberaffectionen sehr häufig sind, gemacht hat. Besonders im Gefolge der Dysenterie, als deren Ursache er nach den Forschungen der letzten Jahre eine Amoebenart ansieht, ist der Leber-Abscess sehr häufig und im Eiter desselben wurden ebenfalls diese Amoeben gefunden. Von anderen Parasiten sind es nur selten Ascaris lumbricoides, jedoch sehr häufig die verschiedenen Arten von Distoma, welche in den Tropen Leberaffectionen veranlassen; die Malaria gibt ebenfalls eine sehr häufige Ursache zu denselben ab. In zweierlei Weise gibt sich die gestörte Leberfunction kund, entweder in Hypercholie, welche zu Erbrechen und Diarrhoen führt, oder Hypocholie, welche die Infection des Darmes ausserordentlich begünstigt. Bei den acuten Formen ist die Leber meist hypertrophisch, gehen sie aber in das chronische Stadium über, so stellt sich allmählich eine Atrophie des Organs, oft um die Hälfte seines Umfanges, ein! Ob primär die Leber oder der Darm befallen ist, selten tritt Heilung ein und die Kranken gehen unter dem Bilde der hochgradigen Schwäche und Blutleere zu Grunde; der Leberabscess hingegen geht nicht selten in Heilung über, er findet sich weit häufiger in Begleitung der acuten wie der chronischen Dysenterie und niemals bei der sogenannten Diarrhoe von Cochinchina (Entero-colitis chronica der Tropenländer). Bei letzterer ist eben nie die Darmschleimhaut ulcerirt, während bei den verschiedenen Formen der Dysenterie durch die zahlreichen Epithelverluste an derselben eine leichte Eingangspforte für die Mikroorganismen vorhanden ist. Die Antisepsis des Darmes, und zwar auf rectalem Wege hat sich bei diesen Leiden sehr bewährt, so besonders Argent. nitr. (1,0:1000,0) und Sublimat (0,5—0,1:1000,0) und ist niemals bei Behandlung mit letzterem Mittel ein Leberabscess entstanden. Das ist besonders wichtig für den Europäer, da bei allen Infectionen, welche ihn in den Tropen befallen, die Leber am meisten zu leiden hat; man muss sorgsam die Function des Darmes überwachen, um die nothwendige Integrität der Leber zu erhalten.

Teissier, der 3. Referent, gibt dem Natrium salicylicum den Vorzug, da es in geeigneter Weise die Function der Leber modificiren könne, es sei ebenso wie die Digitalis ein herzstärkendes, ein die Leberthätigkeit kräftigendes Mittel. In dreierlei Weise äussern sich die Beziehungen der Leber zum Darm, sie ist 1) eine Art Bollwerk, indem sie den krankhaften Einflüssen (Intoxication oder Infection) von Seiten des Darmes Widerstand leistet; 2) sie kann von der Infection ergriffen werden und die Leberzelle, krankhaft verändert, wird ihrerseits wieder die Keime oder Toxine weiter verbreiten. Die dritte Möglichkeit, welche klinisch beobachtet und experimentell bewiesen ist, ist die, dass die Leber die Toxine momentan zurückhält und deren Wirkung noch verstärkt. Wahrscheinlich sind es vor allem die Toxine mit starker diastatischer Wirkung, welche, durch die Pfortader eingeführt, in der Leber eine weit grössere Virulenz annehmen und, obwohl eine gewisse Zeit zurückgehalten, schneller tödtliche Zufälle veranlassen, als wenn sie in gleicher Dosis in das periphere Venensystem eingeführt worden wären. Es muss als sehr wahrscheinlicher Grund für diese Erscheinung der Umstand angesehen werden, dass in der Leber Fermente vorhanden sind, welche unter pathologischen Verhältnissen weit heftigere Toxine produciren können. Obwohl nun Leber und Darm embryologisch eine gemeinsame Entstehung haben, so ist es doch sehr selten, dass eine Erkrankung gleichzeitig in beiden Organen entsteht, z. B. Krebsknoten an der Innenfläche des Darms und im Leberparenchym oder tuberculöse Herde u. A. m. Es handelt sich vielmehr meist um eine Aufeinanderfolge, wobei die Infection vom Darme in die Leber gelangt; jedoch auch der umgekehrte Weg ist nicht von der Hand zu weisen, indem die Leber den grössten Theil ihrer Elemente und damit die Eigenschaft, die Toxine zu zerstören, verloren hat und das Darmepithel nun auf Kosten seiner eigenen Integrität diese Aufgabe übernimmt.

Boinet-Marseille will, im Gegensatz zu Planté, keinen anatomischen Unterschied zwischen der Erkrankung des Dünndarms bei der sogenannten Diarrhoe von Cochinchina und den Ulcerationen des Dickdarms bei der Dysenterie anerkennen. Als Ursache der Leberschwellung in den Tropen nimmt er vor Allem den Alkoholgenuss und die Malaria an, welch' letztere jedoch nie Leberabscess verursacht. Die ausgedehnten Leberabscesse waren meist eine Folge der Dysenterie während der heissen Jahreszeit und mit zahlreichen, tiefen und ausgedehnten Geschwüren des Dickdarms begleitet; während der kühleren Monate sind die Abscesse viel seltener, weniger ausgedehnt und nur nach den subacuten oder chronischen Formen der Dysenterie auftretend.

Le Dantec-Bordeaux glaubt, dass es sich bei den Leber- und Darmaffectionen in den Tropen oft um Mischinfection handle und zwar vor Allem um Malaria und Tuberculose.

Maurel-Toulouse hebt mehr den hygienischen Standpunkt hervor, die grosse Gefahr für den Europäer bestehe in den Tropen in zu reichlicher Fleischnahrung (Stickstoffüberfluss).

Rondot-Bordeaux beobachtete 2 Fälle, welche klinisch das Bild des Magengeschwürs boten (der Tod trat durch heftige Hämatemesis ein), bei der Section aber keine Spur einer Magenerkrankung zeigten; in dem einen Fall waren ein Leberabscess, ferner Endocarditis und Milzvergrösserung, in dem anderen eine Cholecystitis suppurativa und ebenfalls Endocarditis und Milzvergrösserung vorhanden.

Lannois beobachtete den Leberabscess auch als seltene Complication des Typhus und wies sogar in einem Falle im Eiter den Eberth'schen Bacillus nach.

Létienne weist im Anschluss an eine eigene Beobachtung darauf hin, dass die gewöhnlich vorkommenden Gallensteine, deren Ursache meist als arthritische angesehen wird, infectiösen Ursprungs seien. Die Infectionserreger erzeugen in den Ausführungswegen der Galle eine Entzündung, eine Epithelabschuppung und damit die directe Ursache der Steinbildung; im Kerne der Steine liessen sich auch schon Bacillen, z. B. Bacillus coli, nachweisen. St.

British Medical Association.

63. Jahresversammlung zu London vom 30. Juli bis 3. August 1895.

(Referent: Dr. F. Lacher.)

III.

Douglas Powell eröffnete eine Discussion über:

Croupöse Pneumonie, ihre Aetiologie, Pathologie und Behandlung.

Die Mortalität der Pneumonie hat sich trotz unserer verbesserten sanitären Verhältnisse, deren Einfluss sich bei fast allen anderen zymotischen Krankheiten geltend macht, nur unbedeutend verringert, und noch dazu gehört mehr als ein Drittel der davon Befallenen der kräftigsten Altersklasse an. Das Vorkommen der Pneumonie richtet sich nicht nach den durch die verschiedene geographische Breite bedingten klimatischen Verschiedenheiten, wird aber im gemässigten Klima durch niedere und rasch wechselnde Temperaturen beeinflusst. Erkältungen und gewerbliche Schädigungen bilden einen Hauptfactor in der Aetiologie.

P. bespricht dann in ausgedehnter Weise die Frage des specifischen Mikroorganismus der Pneumonie. Der Friedländer-, Fränkel- und Klein'sche Coccus streiten sich um den Vorrang. Am meisten vorherrschend ist der Fränkel'sche Coccus (80 Proc.), aber er findet sich auch bei einer Menge anderer Krankheiten, die mit der Pneumonie in wenig oder gar keinem Zusammenhang stehen, der purulenten Meningitis, ulcerativen Endocarditis, Otitis media etc., was wohl Zweifel an seiner Specificität aufkommen lässt. Das Vorkommen in gesunden Excretionen, im Mundspeichel z. B., spricht weniger dagegen. Secundäre Impfversuche ergaben meist allgemeine Septikämie.

Die Pneumonie gleicht mehr Krankheiten wie Tuberculose, Erysipel, acuter Rheumatismus, welche einen eigenen specifischen Mikroorganismus besitzen, aber zur Entwicklung gewisser Bedingungen, localer oder allgemeiner Störungen der Vitalität bedürfen. In einigen selteneren Fällen scheint sich Pneumonie durch directe Infection (durch Canalgase, epidemische Einflüsse, Influenza) auszubreiten.

Mit der Zunahme der Entzündung bei der Pneumonie entwickelt sich starke Leukocytose, mit Abnahme des Fiebers nimmt die Zahl der weissen Blutkörperchen ab, steigt aber sofort wieder bei neuer Temperaturerhöhung. Hyperpyrexie ist eine wichtige Ursache für die Erschöpfung des Nervensystems und die Herzstörungen bei der Pneumonie.

Als Complication tritt Pneumonie gewöhnlich im apyretischen Stadium ein, die Vermehrung der Mikroorganismen erfolgt stets am stärksten an den unteren Grenzen der Körpertemperatur.

Die Behandlung betreffend vertheidigt Powell die bestehende Routinebehandlung durch Salina, Ueberwachung der Se- und Excreta, stricte Diät und absolute Ruhe. Die Pyrexie erfordert, als zur Krankheit gehörig, von kurzer Dauer und der Entwicklung der Mikroben schädlich, in den wenigsten Fällen eine eigene Behandlung. Antipyretica sind desshalb meist zu verwerfen, dagegen ist hydropathische Behandlung, Eisblase, kalte Wicklungen, Bäder, besonders bei jüngeren Individuen angezeigt. Bei speciellen Indicationen treten Strychnin, Coffeïn, Digitalis in ihre Rechte. Bei Potatoren empfiehlt P. grosse Dosen von Eisentinctur. Die Schmerzen, welche entweder durch Ausdehnung der Lunge oder Pleuritis bewirkt werden, bekämpft er im ersteren Falle mit Eiscompressen oder besser noch mit localer Blutentziehung, im letzteren Falle durch Blasenpflaster und heisse Breiumschläge in rascher Folge. Bei acuten Delirien, Cyanose und Schlaflosigkeit, vermehrte Darreichung von Nahrung und Stimulantien, Morphium und besonders Oxygen-Inhalationen. Letztere hält er für ein wesentliches Herztonicum, worin er von Prof. Clifford Allbutt unterstützt wird.

Was die Antitoxinbehandlung der Pneumonie anlangt, so ist dieselbe noch eine offene Frage und bedarf noch weiterer Experimente und Forschungen.

Washbourn stimmt mit Powell ziemlich überein; er erwähnt ferner, dass die Coccen sich mehr im Lungengewebe als im Sputum vorfinden. Die Krisis wird nach seiner Ansicht durch die Bildung eines Antitoxins innerhalb des Körpers hervorgerufen.

Dreschfeld-Manchester hält besonders die Influenzapneumonie für in hohem Grade infectiös und verlangt deshalb stricte Desinfection des Sputums.

Shingleton Smith-Clifton erwähnt die Statistik von Petresco-Bukarest. Die dort mit Digitalis (4—8 g Pulv. fol. digital. p. die) behandelten Fälle, 1300 an der Zahl, weisen nur eine Mortalität von 2 Proc. auf, während in London 20—25 Proc. die Regel ist.

Bäumler-Freiburg tritt für die Kaltwasserbehandlung der Pneumonie, besonders in Form von kalten Bädern ein.

Eine weitere Discussion fand statt über:

den acuten Gelenkrheumatismus

und seine Beziehungen zu andern Krankheiten, eingeleitet durch Dr. Cheadle-London.

Er hob den proteusartigen Charakter der Krankheit hervor. Der Rheumatismus darf nicht als eine blosse Gelenkaffection betrachtet werden, Arthritis ist nur eine seiner verschiedenen Erscheinungsformen. Die andern Affectionen zeigen sich am besten bei Kindern, bei denen merkwürdigerweise die Gelenkaffectionen nur in geringem Grade auftreten oder oft ganz fehlen, während Endo- und Pericarditis, Chorea, Erytheme u. s. w. in den Vordergrund treten. Die Endo- und Pericarditis ist überhaupt fast ausschliesslich rheumatischen Ursprungs, ebenso das Erythema nodosum, auch viele Fälle von Tonsillitis müssen auf diese Ursache zurückgeführt werden. Mit zunehmendem Alter wechselt der Charakter der Erscheinungen des Rheumatismus. Nach der Pubertät verschwindet das Erythema nodosum, die Tendenz zu Herzaffectionen wird geringer, Chorea wird eine Seltenheit, nur die Gelenkaffectionen nehmen an Frequenz und Heftigkeit zu.

Die Aetiologie betreffend spielt die Erkältung besonders im Anschluss an physische Erschöpfung eine Hauptrolle, ebenso wichtig ist hereditäre Anlage. Die eigentliche Ursache ist nach Ansicht Ch.'s wahrscheinlich toxämischer Natur, das Gift wird möglicherweise durch einen im Organismus lebenden Mikroben erzeugt. Diese Erklärung fusst auf der gelegentlich epidemischen Ausbreitung des Rheumatismus, der specifischen Wirkung des Salicyls und der Analogie mit andern ähnlichen Affectionen.

Newsholme's Forschungen ergaben, dass das Auftreten des Rheumatismus begünstigt wird in trockener Jahreszeit durch niedern Grundwasserstand und ungewöhnlich hohe Bodentemperatur.

Die Theorie Haig's, wonach das toxämische Agens die Harnsäure sein soll, wird verworfen, ebenso die Prout's, der die Milchsäure als Ursache annimmt, und Latham's.

Der Infectionstheorie entgegen steht das Fehlen einer eigentlichen Incubationsperiode, der mangelnde Nachweis directer Infection, ferner der Umstand, dass der schuldige Mikroorganismus noch nicht gefunden werden konnte und die Krankheit durch Impfung auf den Menschen nicht übertragbar ist.

Dyce Duckworth erwähnt die Wichtigkeit einer diathetischen Veranlagung, welche vom Vater auf das Kind erblich ist.

A. Garrod vergleicht die Chorea als Theilerscheinung des Rheumatismus mit dem Auftreten der nervösen Störungen nach der Diphtherie.

Mantle-Halifax und Lees bezweifeln die rheumatische Natur des Erythema nodosum.

Haig vertheidigt seine obenerwähnte Theorie, worin er von H. Mackenzie lebhaft bekämpft wird.

XX. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

in Stuttgart am 11., 12., 13. und 14. September 1895.

Tagesordnung.

Dienstag, den 10. September. 8 Uhr Abends: Begrüssungsabend im Stadtgarten. Die Stadt Stuttgart bietet den Gästen einen Imbiss dar.

Mittwoch, den 11. September. 9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im grossen Saale der Museumsgesellschaft. (Oberes Museum), Lindenstrasse No. 10 und Canzleistrasse No. 11. Tagesordnung: Eröffnung der Versammlung. Rechenschaftsbericht und geschäftliche Mittheilungen. Bericht des Herrn Oberbaurath Prof. Baumeister über die aus den deutschen Städten eingegangenen Mittheilungen, betreffend Neuerungen auf dem Gebiete der Baupolizei.

I. „Maassnahmen zur Herbeiführung eines gesundheitlich zweckmässigen Ausbaues der Städte.“ Referenten: Oberbürgermeister Küchler-Worms, Beigeordneter und Baurath Stübben-Köln.

II. „Hygienische Beurtheilung von Trink- und Nutzwasser.“ Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flügge-Breslau. Im Anschluss hieran: Eröffnung der Plan- und Modellausstellung in den angrenzenden Sälen des oberen Museums.

4½ Uhr Nachmittags: Besichtigung des Stuttgarter Schwimmbads, Büchsenstrasse No. 53½.

7 Uhr Abends: Festessen mit Damen im grossen Saale des Königsbaues, Fürstenstrasse. Preis des Gedeckes 4 Mark.

Donnerstag, den 12. September. 9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im grossen Saale der Museumsgesellschaft.

III. „Die Erbauung von Heilstätten für Lungenkranke durch Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten, Krankencassen und Communalverbände.“ Referenten: Director der Hanseatischen Versicherungsanstalt für Invaliditäts- und Altersversicherung Gebhard-Lübeck, Physicus Sanitätsrath Dr. Hampe-Helmstedt.

IV. „Gasheizung im Vergleich zu anderen Einzelheizsystemen.“ Referent: Hofrath Prof. Dr. Meidinger-Karlsruhe.

3 Uhr Nachmittags: Gemeinschaftliche Wagenfahrt vom Charlottenplatz aus nach den Wasserreservoirs am Ameisenberg, der Colonie Ostheim, den Neckarwasserwerken in Berg, der König-Karls-Brücke, den neuerrichteten Armenbauten und zum Jägerhaus auf dem Hasenberg.

Abends: Gesellige Vereinigung daselbst. Die Wagen für die Rundfahrt werden von der Stadt gestellt.

Freitag, den 13. September. 9 Uhr Vormittags: Dritte Sitzung im grossen Saale der Museumsgesellschaft.

V. „Schädlichkeit der Canalgase und Sicherung unserer Wohnräume gegen dieselben.“ Referent: Stadtbaurath W. H. Lindley-Frankfurt a. M.

4 Uhr Nachmittags: Besuch des kgl. Schlosses Wilhelma auf Einladung Seiner Majestät des Königs Wilhelm II. von Württemberg. Nachher zwanglose Vereinigung am Cursaal in Cannstatt.

Samstag, den 14. September. „Ausflug nach Tübingen und Bebenhausen.“ Das Nähere wird in einem Specialprogramm mitgetheilt.

Ausstellung von Plänen, Modellen und Schriften über Einrichtungen und Anstalten zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege in Württemberg.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Jahres-Sitzung in Hamburg am Freitag den 13. und Sonnabend den 14. September 1895.

Tagesordnung.

Freitag, den 13. September, früh 10 Uhr, im „Patriotischen Gebäude“. 1) Begrüssung. Geschäftliche Mittheilungen. Rechnungslegung. 2) „Zur Frage der Reform des Irrenwesens in Deutschland.“ Referent: Herr Medicinalrath Dr. Siemens-Lauenburg. Correferent: Herr Geheimrath Dr. Zinn-Eberswalde. 3) „Die diagnostische und prognostische Bedeutung des Kniephänomens in der Psychiatrie.“ Referent: Herr Privatdocent Dr. A. Cramer-Göttingen.

Sonnabend, den 14. September, früh 10 Uhr, in der Heilanstalt „Friedrichsberg“. 4) „Der Querulantenwahn in nosologischer und forensischer Beziehung.“ Referent: Herr Privatdocent Dr. Koeppen-Berlin. 5) „Ueber transitorische Bewusstseinstörungen der Epileptiker in forensischer Beziehung.“ Referent: Herr Prof. Dr. Siemerling-Tübingen.

Das Localcomité haben freundlichst übernommen: die Herren Dr. Reye und Dr. Eisenlohr-Hamburg. Am 13. September ist ein „gemeinsames Mittagbrod“ Nachmittags 6 Uhr im Hôtel „Victoria“ in Aussicht genommen; am 14. September, nach der Sitzung, die Besichtigung der Heilanstalt „Friedrichsberg“. Als Gasthöfe werden empfohlen: Victoria-Hôtel, Hamburger Hof und Hôtel St. Petersburg, sämmtlich am alten Jungfernstieg gelegen.

Der Vorstand.

Grashey. Jolly. Laehr. Ludwig. Pelman. Schüle. Zinn.

Verschiedenes.

(Schwindelhafte Reclame.) Wir erhalten aus Weiden unterm 13. ds. folgende Mittheilung:

„Im „Oberbayerischen Gebirgsboten“, zu Holzkirchen erscheinend, stand in No. 87 (25. VII. 95) folgendes Inserat:

Kein Zahnziehen mehr!

J. Appel, prakt. Zahnarzt in München, Sendlingerstrasse 44,[1]) hat ein Mittel, wodurch jedes Zahnziehen überflüssig wird. Postkarte genügt.

Darauf hat sich ein hiesiger Bahnbeamter an Herrn Appel gewendet und erhielt einen mit 8 Mark Nachnahme belasteten Brief, der in des Adressaten Abwesenheit auch angenommen wurde. Der Brief enthielt auf einem 6 cm langen, und 4,5 cm breiten, auf der Rückseite noch dazu beschriebenen Papierfetzen Folgendes:

Rcpt. Morph. muriat. 0,03,
Chloroform 2,0
Mastich 1,05.

Ist nur einmal zu machen! Der Zahn ist gut zu reinigen und auszutrocknen und von Obigem ein Tropfen darauf zu schütten.

München, den 31. VII. 95. prakt. Zahnarzt J. Appel.“

Der Einsender ersucht uns um Publication dieser Mittheilung „im öffentlichen und ärztlichen Interesse“. Wir kommen diesem Wunsche nach, da wir glauben, dass es allerdings im Interesse des Publicums wie des ärztlichen und zahnärztlichen Standes gelegen ist, wenn derartige Ausschreitungen an's Tageslicht gezogen werden.

Therapeutische Notizen.

(Bei krampfartiger Wehenthätigkeit während der Geburt) wird von Remy-Nancy die Anwendung des bernsteinsauren Ammoniaks empfohlen, und zwar sowohl bei allgemeinen, schmerzhaften Krampfwehen, als nach partiellen, z. B. spastischen Contractionen des inneren Muttermundes In einem Falle von Contraction des inneren Muttermundes während der Nachgeburtsperiode mit Incarceration der Placenta sah Remy die Lösung des Krampfes in kürzester Zeit nach Einverleibung zweier Dosen zu Stande kommen. Die Darreichung geschieht in einer Lösung von 1,0 Ammonium succinicum auf 140 Wasser, von welcher in viertelstündigen Pausen je ein Esslöffel bis zur Beseitigung der krampfhaften Contractionen gegeben wird. (Archives de Tocologie 1895 Heft 2.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 27. August. Die diesjährige Hauptversammlung des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke wird am 18. und 19. Sept. in München abgehalten. Die allgemeine Vorstandssitzung, zu der die Vertreter der Bezirksvereine und die persönlichen Vorstandsmitglieder eingeladen sind, ist auf Mittwoch, den 18. Sept., 9 Uhr Vormittags, in das Hotel Marienbad anberaumt. Am gleichen Tage, Abds. 8 Uhr: Oeffentliche Versammlung im grossen Rathhaussaale. Ansprachen. Am Mittwoch, den 19. September, Vormittags 9 Uhr: Generalversammlung des Vereins im Saale der Akademie der Wissenschaften. Tagesordnung: 1) Begrüssung durch den Präsidenten. 2) Antrag des Vorstandes, betr. die Zwangsheilung und Entmündigung von Trunksüchtigen und den freiwilligen Eintritt von Trinkern in Trinkerheilanstalten. 3) Ferneres Vorgehen des Vereins zu Gunsten des Trunksuchtsgesetzes. 4) Referate: Prof. Dr. Hans Buchner und Geh. Rath Prof. Dr. M. v. Pettenkofer aus München: Hygiene und Mässigkeitssache. Prof. Dr. Moritz aus München: Das Bier in der Alkoholfrage. — Ausstellung anatomischer Präparate. Pastor Dr. Martius aus Freienbessingen: Neuere Mittheilungen über das Ersatzgetränke. Dr. med. Brendel aus München und Geistl. Rath Hauser aus Augsburg: Mässigkeitsbestrebungen in Bayern. 5) Rechenschaftsbericht des Geschäftsführers über das verflossene Jahr. 6) Bericht der Finanzcommission über 1895 und Voranschlag für 1896. 7) Wahlen zum Vorstande. 8) Wahl des Ortes für die nächste Generalversammlung.

— In Krefeld stand dieser Tage ein Arzt vor der Strafkammer unter der Anklage fahrlässiger Tödtung. Derselbe hatte einem an Lähmungserscheinungen nach Diphtherie leidenden Kinde Strychnineinspritzungen gemacht in einer so starken Dosis, dass der Tod des Kindes 10 Minuten nach der letzten Injection eintrat. Der Arzt erstattete von dem unglücklichen Ereignisse selbst Anzeige. Nach umfangreicher Beweisaufnahme verurtheilte das Gericht den Angeklagten zu 3 Monaten Gefängniss.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 32. Jahreswoche, vom 4.—10. August 1895 die grösste Sterblichkeit Rixdorf mit 67,8 (zahlreiche Brechdurchfälle), die geringste Sterblichkeit Kassel mit 10,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als 1/10 aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Kottbus und Solingen.

(Universitäts-Nachrichten.) Bonn. Zum Nachfolger Trendelenburg's ist Prof. Dr. Schede, bisher Director der chirurgischen Abtheilung des Hamburger Krankenhauses, ernannt worden. — Erlangen. Die durch Prof. Selenka's Rücktritt erledigte Professur der Zoologie wird vorläufig noch nicht wieder besetzt. Für das nächste Halbjahr ist Privatdocent Dr. Fleischmann mit den Vorlesungen über Zoologie betraut worden. Er übernimmt auch einstweilen die Leitung der zoologischen Universitätsanstalten. — Rostock. Prof. Dragendorff, früher in Dorpat, ist von der Académie de médecine in Paris zum auswärtigen correspondirenden Mitglied ernannt. — Würzburg. Die Aufnahme des I. Assistenten der chirurgischen Klinik Dr. Riese aus Berlin und des appr. Arztes und Zahnarztes Dr. Berten aus Prag als Privatdocenten in die medicinische Facultät wurde genehmigt.

(Todesfälle.) Durch den Tod Eduard Graf's, der am 19. ds. nach schwerem Leiden in Konstanz eintrat, hat die deutsche Aerzteschaft einen unersetzlichen Verlust erlitten. Seit mehr als 2 Jahrzehnten war Graf der anerkannte Führer der deutschen Aerzte; er hat die Einheit derselben vor 23 Jahren begründen helfen und wohl nur seinem Einfluss, seinem Tact, seiner Beredsamkeit ist es zu danken, wenn diese Einheit auch unter schwierigen Verhältnissen erhalten blieb. Sein ganzes Leben hat Graf dem Kampfe für die Interessen des ärztlichen Standes gewidmet und aussergewöhnliche Kräfte vermochte er in den Kampf zu führen. Wenn auch Vieles von dem, was Graf erstrebte, unerreicht blieb, so bleibt doch die Summe des positiven Verdienstes, das ihm gebührt, bedeutend genug. Die deutschen Aerzte schulden diesem Manne grossen Dank und sein Andenken wird allezeit in hohen Ehren stehen, so lange es Aerzte gibt, die an der idealen Auffassung des ärztlichen Berufes und Standes, für die Graf sich begeisterte, festhalten. Die Leiche Graf's wurde von Konstanz nach Elberfeld übergeführt. Bei dem Leichenbegängniss, das, der hochangesehenen Stellung entsprechend, die der Verstorbene auch im öffentlichen Leben einnahm, sich zu einer grossartigen Feier gestaltete, wurde der deutsche Aerztevereinsbund durch den Geheim. Sanitätsrath Dr. Wallichs vertreten, nachdem der stellvertretende Vorsitzende, Dr. Aub, durch ein Ischiasleiden, dessen Anfänge sich schon beim Aerztetag in Eisenach für ihn störend bemerkbar gemacht hatten, verhindert war, dem Traueracte beizuwohnen. — Ein eingehender Nekrolog aus der Feder eines vieljährigen Mitarbeiters Graf's wird in einer unserer nächsten Nummern folgen. Unserer „Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher“ wurde das Bild Graf's eingefügt im Jahre 1892, gelegentlich des 20. deutschen Aerztetags. Dasselbe steht allen unseren Lesern, die es nicht besitzen, gerne zur Verfügung.

Prof. Pasqualè Landi, zuletzt Professor der Chirurgie an der Universität Pisa, ist im Alter von 79 Jahren gestorben.

[1]) Wir bemerken, dass das Münchener Adressbuch einen Zahnarzt dieses Namens und dieser Adresse nicht aufweist. Red.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung. Dr. Georg Leicht, appr. 1891, in München.

Auszeichnung. Dem Generalstabsarzt der Armee z. D. (mit dem Range als Generallieutenant) Dr. Ritter v. Lotzbeck, à la suite des Sanitätscorps, die Erlaubniss zur Annahme und zum Tragen des Sternes zum Königlich Preussischen Rothen Adler-Orden II. Cl. ertheilt.

Dem Assistenzarzt I. Cl. der Reserve Heinrich Ollwig (Bamberg) wurde das erbetene Ausscheiden aus dem Heere behufs Uebertritts in die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika gestattet.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 33. Jahreswoche vom 11. bis 17. August 1895.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 77 (116*), Diphtherie, Croup 30 (24), Erysipelas 6 (11), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber 1 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 29 (42), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 9 (8), Parotitis epidemica — (1), Pneumonia crouposa 11 (9), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 21 (21), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 18 (13), Tussis convulsiva 14 (13), Typhus abdominalis 2 (1), Varicellen 6 (11), Variolois — (—). Summa 224 (271). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 33. Jahreswoche vom 11. bis 17. August 1895.

Bevölkerungszahl 396 000.

Todesursachen: Masern 1 (1*), Scharlach 1 (—), Diphtheritis und Croup 1 (3), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 1 (—), Brechdurchfall 19 (26), Unterleibtyphus — (—), Keuchhusten — (1), Croupöse Lungenentzündung 1 (—), Tuberculose a) der Lungen 20 (16), b) der übrigen Organe 4 (7), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), Andere übertragbare Krankheiten 2 (—), Unglücksfälle 3 (2), Selbstmord 1 (1), Tod durch fremde Hand 1 (—), Sonstige Todesursachen 3 (3).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 215 (219), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 28,2 (28,8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 10,5 (11,5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 9,5 (10,1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.